Aus der Frauenklinik der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. C. J. Gauß.

Über den Geburtsverlauf von Fällen, bei denen eine an sich indizierte Sectio abgelehnt wurde.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Ulrich Lesche

aus

Wimmelburg

Würzburg
Buchdruckerei Georg Graßer, vorm. Franz Staudenraus
1940

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Berichterstatter:

Professor Dr. C. J. Gauß.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Onkel
aus Dankbarkeit!

Einteilung.

	Seite
A) Einleitung	5—10
B) Hauptteil: 58 beschriebene und besprochene Geburtsverläufe	11—79
I) 41 günstig verlaufene Fälle	
a) Auszüge aus den Krankengeschichten .	11—52
b) Besprechung der 41 Fälle . . .	52—79
II) 17 ungünstig verlaufene Fälle . . .	80—94
1. ohne Perforation	
a) Auszüge aus den Krankengeschichten	80—89
b) Kritische Besprechung . . .	89—94
2. mit Perforation	
a) Auszüge aus den Krankengeschichten .	94-100
b) Kritische Besprechung . . .	100
III) Zusatz: Vergleichsmöglichkeit durch Betrachtung von 100 Kaiserschnitten . .	
C) Zusammenfassende Betrachtung	100-104
Literaturnachweis	105

Seitdem es eine Geburtshilfe gibt, lebt der Gedanke, die Geburt durch Umgehung des natürlichen Weges mittels Bauchschnitt zu beenden, d. h. dann, wenn der natürliche Weg ein Hindernis in der einen oder anderen Form zeigt. Diese Erwägung hat im Laufe der Zeiten einmal mehr und einmal weniger die jeweiligen Geburtshelfer ergriffen.

Im Altertum schnitten die Geburtshilfe ausübenden Menschen nur dann den schwangeren Uterus auf, wenn die Geburt durchaus nicht mehr weiter ging. Diese klare Einstellung findet einmal ihren Grund in der mangelhaften Beherrschung der Sectio-Technik, zum anderen in der Erkenntnis der Erfolglosigkeit dieses Eingriffes für die Mutter, und zum dritten in der Tatsache, daß die Geburtshelfer des Altertums durch ihre z. Teil hervorragende Beobachtungsgabe und ihr Verantwortungsbewußtsein den Müttern gegenüber so manche Geburt, die anfänglich kompliziert erschien, schließlich doch noch spontan zu Ende gehen sahen. Die Mutter war bei, beziehungsweise nach der Ausführung eines Kaiserschnittes als verloren anzusehen; nur das Kind konnte vielleicht gerettet werden. Dem menschlichen Denken fast aller Zeiten jedoch mehr entsprechend war es, das noch lebende Kind einer eben verstorbenen Mutter durch Bauchschnitt unbedingt zu retten. Diese Gedanken finden ihren Niederschlag bereits in der Mythologie des Altertums: so soll Zeus dem Hermes den Auftrag gegeben haben, der Semele den Leib zu öffnen ,als diese in den Flammen umgekommen war, damit Dionys am Leben blieb. Auf gleiche Art wurde Asklepios am Leben erhalten. Bekannt ist dann die lex regia des Numa Pompelius (7. Jahrhundert v. Chr.). Die Veranlassung hierzu könnte die Beobachtung gewesen sein, daß bei Tieropfern das Kleine nach dem Tode des Muttertieres noch einige Zeit weiterlebte. Später geben uns Manuskripte und Miniaturen aus manchen Ländern Zeugnisse dafür, daß Kaiserschnitte an Toten ausgeführt wurden (u. a. auch Julius Cäsars Geburt). Im Mittelalter wird dann in mancherlei Bestimmungen und Konzilbeschlüssen die Forderung erhoben, die Seele des Ungeborenen, noch Lebenden durch Eröffnung des Leibes der Toten zu retten.

Diese Forderung der christlichen Kirche wurde in der neueren und neuesten Zeit schließlich von einzelnen Staaten zum Gesetz erhoben (so auch im ehemaligen Oesterreich).

Während es leicht ist, aus den Bildberichten die Handhabung einer Sectio zu erkennen, so macht es doch Schwierigkeiten zu sagen, ob diese Bilder nicht auch die Vornahme einer Sectio an einer Lebenden darstellen könnten.

Genauere Berichte über den Kaiserschnitt an der Lebenden stammen erst aus dem Jahr 1000 (England — Deutschland). Im Jahre 1549 soll einem Bildbericht zufolge ein Kaiserschnitt ausgeführt worden sein, wobei das Kind vier Jahre tot im Mutterleibe gelegen habe; die Mutter sei lebend davongekommen. 1610 nahm Jeremias Trautmann den Kaiserschnitt an einer Lebenden vor, wobei die Frau einen Monat später starb. Es mag verwunderlich erscheinen, daß der Bauch nach einer Sectio nicht wieder verschlossen wurde; erst etwa 150 Jahre später wurde von Lebas die Uterusnaht erstmalig gemacht. Dies gilt keineswegs als Regel für die kommende Zeit. Man wird im Laufe der Jahre etwas mutiger und führt Kaiserschnitte häufiger aus, jedoch mit einer 60—100%-igen Mortalität. Diese Mortalitätsziffer vermag im Jahre 1876 die supravaginale Amputation nach Porro auf 25% zu senken. Diese Operation mußte aber wenig befriedigend sein, wenn auch dadurch die Hauptursache des postoperativen Todes, der infizierte und infizierende Uterus entfernt war. Es ist kein Wunder, wenn nun in der Folgezeit an Stelle der verstümmelnden Operation der Gedanke aufkommt, den Uterus vor die Bauchhöhle zu bringen, eine Tatsache, die 1878 von P. Müller in Vorschlag gebracht wurde. Erst jetzt, im Jahre 1882 kehrt man endlich auch zur Uterusnaht zurück. Diese Maßnahme ist erfolgversprechend. Die Mortalität sinkt. Man hat die Asepsis kennengelernt, es folgen schließlich die Auseinandersetzungen über die Operationsmethoden, denen die Begriffe: klassischer Kaiserschnitt, extra- und intraperitonealer und dergl. entstammen. Die Technik wird verfeinert, die Indikation zum Kaiserschnitt erweitert sich mehr und mehr; die Geburtshilfe droht in zwei Richtungen zu zerfallen: In eine mehr activ eingestellte Geburtshilfe und in eine mehr konservativ eingestellte. Die Kaiserschnittechnik hat ihren Höhe-

punkt erreicht, wandelbar bleibt nur die Indikationsstellung. Auch heute wird um diese noch ein Kampf geführt. Vor nunmehr etwa 10—15 Jahren sehen wir, daß durch die Beherrschung der Technik die Indikation für eine Sectio so erweitert ist, daß man diese Großzügigkeit schon kaum mehr verstehen kann. Die Freude am Operieren beherrscht manchen Geburtshelfer, wie aus folgender Äusserung hervorgeht: „Die abdominelle Schnittentbindung ist berufen zum lebenssicheren Entbindungsverfahren für Mutter und Kind zu werden und die vaginalen Entbindungsverfahren zu verdrängen" (Hirsch). Dieser Satz stammt aus dem Aufsatz: „Der Weg der operativen Geburtshilfe in bevölkerungspolitischer Bedeutung". Schon Jahre zuvor haben erfahrene deutsche Geburtshelfer das Anwendungsgebiet und die Inidkation zur abdominellen Schnittentbindung eingeengt (u. a. Martius), und es fehlt gerade jetzt nicht an Stimmen, die gegen diese oben angeführte Einstellung ganz energisch Front machen. An allen deutschen Kliniken werden die Erfahrungen mitgeteilt, es werden große und kleine Statistiken veröffentlicht, aus denen zu entnehmen ist, daß die Mortalitätsziffer für Mutter und Kind beim abdominellen Kaiserschnitt ziemlichen Schwankungen unterworfen ist. So stehen auf der einen Seite die den Kaiserschnitt bejahenden Geburtshelfer trotz erweiterter Indikationen mit der Angabe von 0-1% Mortalität der Mutter —" das sind Ausnahmen, die nur unter besonders günstigen Umständen möglich sind" (Gauß), — auf der anderen Seite die von dem Erfolg des Kaiserschnitts weniger überzeugten Geburtshelfer, die auf Grund ihrer eignen Erfahrung den Statistiken mehr Glauben schenken, die höhere Mortalitätsziffern angeben (z. B. v. Ammon: 2,7% mütterliche Mortalität). Die Letzteren ziehen dabei keineswegs die lebensrettende Eigenschaft des Kaiserschnitts für das Kind in Zweifel, soweit er wenigstens bei noch ungefährdetem Kinde ausgeführt wird. Aber es ist ja immer die Mutter, auf die das besondere Augenmerk gerichtet wird und gerichtet werden muß. Nirgends hat es an warnenden Stimmen gefehlt, die gerade unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes den mehr chirurgisch Eingestellten mit ihren Hoffnungen entgegentraten. Selbst in Amerika, wo man zunächst im Kaiserschnitt einen der hoffnungsreichsten geburtshilflichen Eingriffe zu haben glaubte, wurden allmählich Stimmen laut, die gestützt auf glaub-

würdige statistische Erhebungen mit 5% mütterlicher Mortalitätsangaben und mehr den auf den Erfolg des Kaiserschnitts Bauenden energisch erwiderten. Und heute? Man kann sagen: Die Skeptiker und Warner haben recht behalten. Heute hat man die begrenzte Möglichkeit der abdominellen Schnittentbindung zum großen Teil eingesehen und der Geburt per vias naturales in vielen Punkten den Vorzug gegeben.

Unsere Klinik hat in dieser Richtung keine Wandlungen durchgemacht, sie hat immer den gleichen Standpunkt vertreten, sie forderte immer eine strenge Indikation, wobei das Leben der Mutter und erst in zweiter Linie das Leben des Kindes in Rechnung gesetzt wird. — Johann Lukas Boer (1751—1835) hatte die natürlichen Geburtsmechanismen genauestens beobachtet und reichste Erfahrung beim Zuwarten gesammelt. Er wies daher immer wieder auf die Spontangeburtsverläufe trotz mancher Komplikationen hin. So ist Boer der Begründer der natürlichen Geburtshilfe, die unter Berücksichtigung bestimmter Indikation heute dem Begriff „konservativ" gleichzusetzen ist. Wenn die Würzburger Klinik eine möglichst konservative, wohl indizierte, natürliche Geburtshilfe anstrebt, dann tut sie das im Hinblick auf Boer und seine Lehren und auf Grund eigenster Erfahrung, die diesen Standpunkt rechtfertigen. Am eignen Material, im Vergleich mit den Veröffentlichungen anderer Kliniken wurden wohl fast alle Fragen, die mit der Sectio irgendwie in Zusammenhang stehen bearbeitet, sodaß der Kaiserschnitt bei engem Becken, das die häufigste Indikation abgibt, nur unter gewissen Voraussetzungen angebracht erscheint:

1. Eine vaginale Untersuchung darf außerhalb der Klinik nicht erfolgt sein.

2. Die Körpertemperatur der Gebärenden darf nicht über 38° — rectal gemessen — erhöht sein.

3. Der Blasensprung darf höchstens 6 Stunden zurückliegen.

Dies sind Voraussetzungen! Dazu liegen Erfahrungen zur Genüge vor, die den Beweis erbrachten, daß bei einer gemessenen Vera bis 7,5 cm (70—80%) und darunter Geburten spontan zu Ende gehen können. Es muß jedoch dabei jeder einzelne Fall genauestens nach drei Richtungen hin beobachtet werden:

1. Zustand der Mutter:

Ist die Frau in gutem Kräftezustand, macht sie einen frischen Eindruck oder ist sie bereits durch die Geburt schon stark mitgenommen und erschöpft?

Besteht infolge von Unsauberkeiten Sepsisgefahr z. B. infolge schlechten Zustandes des Gebisses, infolge von Furunkeln, Ausschlägen bes. am Bauche?

Bestehen Erkältungserscheinungen z. B. Bronchitiden, die das Leben der Frau bei operativem Eingriff gefährden können?

2. Lage und Einstellung des Kindes bezw. des Kopfes.

Besteht eine Quer- oder Stirnlage z. B. besteht eine Vordere oder Hintere Scheitelbeineinstellung?

3. Besteht die sichere Aussicht, daß ein lebendes Kind gewonnen wird?

Noch ein Fragenkomplex muß Erwähnung finden, der die Entscheidung über die Wahl des Entbindungsverfahrens, Sectio oder Abwarten, bei jedem geburtshilflichen Fall beeinflußt:

1. Das wievielte Kind kommt jetzt zur Geburt, wieviel von den bisher geborenen leben, wieviel sind tot geboren oder wann und woran gestorben?

2. Wie alt ist die Frau (Alte I. para?), wie verliefen die vorherigen Geburten?

3. Frau schon früher eine Sectio gehabt?

4. Ist der jetzige Geburtstermin rechtzeitig?

5. Wie lange ist die Geburt schon im Gange?

6. Besteht ein besonders dringender Wunsch nach lebendem Kinde?

Bei der Berücksichtigung all dieser Fragen spielt die Erfahrung des Geburtshelfers eine entscheidende Rolle. Wie gesagt, wird also die Indikation und die Gegenindikation für eine Sectio bei engem Becken (gemessen nach Gauß-Bilicky) für jeden einzelnen Fall eingehendst dargelegt, wie es die Geburtsleitung in praxi auch tut, eine Indikation, die nach dem Bisherigen streng und konsequent ist, selbst dann, wenn das kindliche Leben auf

das Stärkste gefährdet wird. Es handelt sich dabei um sogenannte Grenzfälle, die eine Entscheidung besonders erschweren, aber das Leben und die Gesunderhaltung der Mutter in Hinblick auf die Familie, Volk und Staat wiegen schwerer, als das Leben eines einzelnen Kindes. Darin kennzeichnet sich die Grundeinstellung zur Sectio nämlich, daß der Kaiserschnitt auch heute noch ein gefährlicher, folgenschwerer Eingriff ist und bevölkerungspolitisch gesehen nur dann einen Vorteil bietet, wenn er der einzige Weg nicht nur zu dem in Frage stehenden, sondern zu lebenden Kindern bei dieser Frau überhaupt ist!

In der vorliegenden Arbeit soll nun untersucht werden, ob diese Grundeinstellung ihre Rechtfertigung findet; d. h. welche Folgen für Mutter und Kind sich ergeben, wenn man nach der genannten strengen Indikation handelt und eine an sich indizierte Sectio wegen Temperatursteigerung oder Überschreitung der 6-Stunden-Grenze nach Blasensprung unterläßt, oder wenn der Weigerung einer Kreißenden die bei ihr indizierte und mögliche Sectio zu machen, nachgegeben wird.

Es wurden 58 spontane Geburtsverläufe bei engem Becken oder Gefährdung der Kinder, bei denen eine an sich indizierte Sectio von Mutter oder Geburtshelfer abgelehnt wurde, von insgesamt 4568 Geburten in der Zeit vom 1. 1. 1935 bis 28. 2. 39 herausgefunden, die im folgenden einzeln aufgeführt werden, wobei 100 Kaiserschnitte — im gleichen Zeitraum ebenfalls wegen engen Beckens und Gefährdung des Kindes ausgeführt — im Vergleich stehen.

Dabei blieben die Fälle von Eklampsie und Placenta prävia unberücksichtigt, weil bei ihnen ganz andere Erwägungen eine Rolle spielen und sie deshalb auch einer besonderen Betrachtung bedürfen.

Die Unterteilung des von mir bearbeiteten Geburtengutes erfolgt in der Weise, daß zunächst die günstig verlaufenen Fälle (41), sodann die ungünstig verlaufenen (17) im Auszug aus den Krankenblättern gebracht und anschließend eingehend besprochen werden. Als Vergleich dienen die beim Kaiserschnitt erzielten angegebenen Ergebnisse, die die Schlußbetrachtung der Arbeit ausmachen.

B. I. 41 günstig für das Kind ausgegangene Fälle.

a) Auszüge aus den Krankengeschichten.

Fall 1. Nr. 254/35. 29jährige II. p. III. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben:
1932 Abort Mens III, 1934 Sectio wegen Placenta prävia totalis. Allgemeinbefund: Puls 100, RR. 155/80, Temperatur 37,4°, über allen Ostien ist ein systolisches Geräusch zu hören, Herzaktion regelmäßig.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation 19. 6. 34. Die Geburt ist demnach am 26. 3. 35 zu erwarten. Größter Leibumfang 106 cm, kindliche Herztöne bei der Aufnahme 136 p. Minute. Beckenmaße (äußere): Dist. spin. 27 cm; dist. crist. 29,5 cm; dist. troch. 33 cm; conj. ext. 20 cm; die Pat. wurde außerhalb der Klinik dreimal vaginal untersucht.
Aus dem Geburtsbericht: 29 j. II. para, III. gravida kommt am 26. 3. 35 um 20 h vom Arzt wegen Geburtsstillstandes trotz guter Wehen geschickt zur Kreißsaalaufnahme. 38 Stunden vor der Aufnahme Wehenbeginn. Blase steht, Kind lebt, Muttermund fünfmarkstückgroß, vorliegender Teil ist der Kopf, der beweglich über dem Becken steht. Eine sofort vorgenommene Rö.-Aufnahme zeigt einen linken hohen Schrägstand. Obwohl den ganzen Tag über mäßige Wehen bestehen, tritt der Kopf nicht in's Becken ein. Die kindlichen Herztöne sind vorübergehend unregelmäßig (120 104 p. Min.). Die Patientin wünscht dringend ein lebendes Kind. Trotz des Geburtsstillstandes seit über 45 Stunden wird mit Rücksicht auf die außerhalb von Arzt und Hebamme vorgenommene dreimalige vaginale Untersuchung von einer Sectio Abstand genommen, solange das kindliche Leben nicht ernstlich in Gefahr kommt. Am 27. 3. werden die Wehen um weniges besser. Um 16,20 Uhr springt bei kleinhandtellergroßem Muttermund die Blase, der kindliche Kopf steht jetzt fest im Beckeneingang. Unter Zunahme der Wehentätigkeit erfolgt um 16.20 Uhr die erste Preßwehe, 16.45 Uhr Kopf in der Vulva sichtbar, Herztöne sind gut und regelmäßig. Da der ziemlich rigide Damm einzureißen beginnt, wird eine rechtsseitige Episiotomie angelegt. 17.06 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen männlichen Kindes nach dem Mechanismus der rechten Hinterhauptslage und einem Gewicht von 3550 gr und einer Länge von 52/53 cm. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 5 Minuten später die sicher vollständige Placenta. Die Revision des Dammes zeigt neben der Episiotomie einen zentralen Dammriß II.°. Während der Naht mäßige atonische Nachblutungen, nochmals 1 ccm Orasthin mite i. v., Eisblase, Uterusmassage, sodaß der Uterus danach gut kontrahiert ist. Gesamtsanguis 360 gr. Geburtsdauer 77 Stunden 11 Minuten.

Fall 2. Nr. 335/35. 31 jährige II. para, II. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: 1933 I. Partus mit einer Geburtsdauer von 2 Tagen, spontan, Nabelschnurvorfall, Kind +.
Allgemeinbefund: Puls 92, RR 140/85, Temp. 36° rectal. Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 15. 7. 34. Die Geburt ist demnach am 22. 4. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang 97 cm, kindliche Herztöne 136 bei der Aufnahme. Äußere Beckenmaße: Dist. spin. 24,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 30,5; conj. ext. 18; conj. vera 8,0 nach G. B.
Aus dem Geburtsbericht: 31 jährige II. para, II. gravida kommt am 20. 4. um 12,30 Uhr, $11^1/_2$ Stunden nach Blasensprung und $10^1/_2$ Stunden nach Wehenbeginn zur Kreißsaalaufnahme. Befund: Linke Schädellage, Kind lebt. Enges Becken II.°, Muttermund geschlossen (?), Kopf beweglich im Beckeneingang, Blase gesprungen. Sectio wird abgelehnt. Um 18 Uhr beschleunigte kindliche Herztöne (172 pro Minute), auf 1 ccm Cardiazol Besserung. Trotz zeitweise guter Wehen tritt der Kopf nicht tiefer. Am 22. 4. um 20,40 Uhr steht die Leitstelle bei kleinhandtellergroßem Muttermund 1 Querfinger über der Interspinallinie, die Temperatur ist seit 17.30 Uhr immer über 38°. Um 23,40 Uhr erste Preßwehe, wobei der Kopf in der Vulva sichtbar ist. Um 23,48 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen männlichen Kindes nach dem Mech. der LHHL. Geburtsgewicht 3250 gr, Länge 50/51 cm. Bei liegender Placenta blutet es 60 gr. 7 Min. p. p. folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Uterus gut kontrahiert, keine Verletzung. Gesamtsanguis: 220 gr Geburtsdauer 69 Stunden, 55 Minuten.

Fall 3. Nr. 458/1935. 30 jähr. I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Patientin hat Rachitis gehabt, hat mit zwei Jahren laufen gelernt. Puls 88, RR 125/80, Temp. 36,8° rectal.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 3. 9. 34. Die Geburt ist demnach am 10. 6. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang: 94 cm, kindliche Herztöne 136 pro Min. bei der Aufnahme. Äußere Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm, crist. 26,5 cm, dist. troch. 30,5 cm, conj. ext. 19,5 cm, conj. vera 8,3 nach G. B. Besonderheit: Plattrachitisches Becken II.°.
Aus dem Geburtsbericht: 30 jähr. I. para, I. gravida (alte I. para) kommt am 3. 6. 35 20,30 Uhr zur Kreißsaalaufnahme mit mäßigen Wehen seit $2^1/_2$ Stunden.
Befund: rechte Schädellage, Kind lebt, enges Becken II.°. Promontorium vaginal leicht erreichbar, Muttermund gut zweimarkstückgroß. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. 22,15 Uhr werden

die bis dahin guten kindlichen Herztöne plötzlich niedrig (100 80 pro Min.). Auf 1 ccm Cardiazol keine Besserung, gleichzeitig Einsetzen guter Wehen. Der Muttermund ist kleinhandtellergroß, die Blase wird zu sprengen versucht, wobei jedoch kein Fruchtwasser abfließt. Nachträglich gibt Patientin auf Befragen an, daß am Vortage um 19 Uhr wahrscheinlich die Blase gesprungen sei. Die bei der vaginalen Untersuchung gefühlte Blase hat sich also wieder gestellt und scheint um 22,15 Uhr gesprungen zu sein. Dem entspricht auch die ziemliche Kopfgeschwulst, die in's Becken ragt, während der knöcherne Schädel immer noch über dem Becken steht. Eine Sectio wird erwogen, jedoch auf Grund des bereits erfolgten Blasensprungs und des bereits erheblich geschädigten Kindes, wegen der Unsicherheit, ein lebendes Kind zu gewinnen, verworfen. Vaginale Untersuchung: MM. völlig, während der Wehe Tiefertreten des Kopfes. Es wird zugewartet und bei möglichstem Tiefstand des Kopfes die Entbindung durch Forceps beschlossen. Bei guten Wehen setzt um 23,10 Uhr die erste Preßwehe ein, Patientin preßt kräftig mit und um 24 Uhr wird unter Druck von oben der Kopf in der Tiefe sichtbar. Da die kindlichen Herztöne wieder unter 100 und dazu noch unregelmäßig sind, wird um 0,14 Uhr am tiefstehenden queren Kopf die Kjellandzange angelegt. 0.17 Uhr, nach Anlegung einer Episiotomie, Partus eines lebensfrischen, reifen, männlichen Kindes nach RHHL. Gewicht: 2800 gr, Länge 49 50 cm. Die Nabelschnur ist einmal lose um den Hals geschlungen. Rechtsseitige geringe Facialisparese, rechts über dem Ohr Promontoriumdruckstelle. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 4 Min. p. p. die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Naht der Episiotomie. Gesamtanguis 90 gr, Geburtsdauer 6 Stunden, 21 Minuten.

Fall 4. Nr. 547/35. 30 jähr. I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Patientin hatte Rachitis gehabt und mit zwei Jahren das Laufen gelernt.

Allgemeinbefund: Puls 80, RR 130 90, Temp. 37,9° rectal. Eiweiß in Spuren vorhanden im Urin.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation etwa am 20. 9. 34. Demnach ist die Geburt etwa am 27. 6. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang 89 cm, kindliche Herztöne 148 pro Min. bei der Aufnahme. Äußere Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm, dist. crist. 28,5 cm, dist. troch. 32 cm, conj. ext. 18,5 cm, conj. vera 7,7 cm.

Patientin gibt an, vor zwei Tagen dreimal vaginal untersucht worden zu sein, nachdem die Blase vorher gesprungen war.

Aus dem Geburtsbericht: 30 jähr. I. para, I. gravida (alte I. p.) kommt am 27. 6. 35 vom Arzt eingewiesen mit folgender Anamnese: 3 malige vaginale Untersuchung nach vorzeitigem Blasen-

sprung und Mekoniumabgang, enges Becken, Geburtsstillstand. Befund: Linke Schädellage, Kind lebt, Blase vorzeitig gesprungen, Abgang von Mekonium, hohe kindliche Herztöne (160—174 pro Min.), MM fünfmarkstückgroß. Gesicht mit der Gesichtslinie fast in der Interspinallinie. In Anbetracht des vorzeitigen Blasensprunges und der dreimaligen vaginalen Untersuchung fällt eine Sectio von vornherein aus. Bei mäßiger Wehentätigkeit wird zugewartet unter Einnahme rechter Seitenlagerung, um das rechtsseitig stehende Kinn nach vorn rotieren zu lassen. Dauernd Abgang von Mekonium, Herztöne zum Teil sehr hoch und schwankend. Da am 28. 6. die Temp. abds. zu steigen beginnt, wird zur Wehenanregung geschritten. Fraktionierte Gabe von 5 Teilstrichen von Pituigan forte. Bei guter Wehentätigkeit ist am 29. 6. 7,20 Uhr der MM. völlig, Gesicht mit querer Gesichtslinie immer noch einen Querfinger unter der Interspinallinie. Um 8 Uhr beginnt Patientin mitzupreßen. Die Wehen sind mäßig, die kindlichen Herztöne beginnen erneut bis über 200 anzusteigen und werden dabei unregelmäßig. Die Leitstelle des Gesichtes steht jetzt auf dem Beckenboden, der Kopf ist also praktisch in dem Becken. Gesichtslinie noch quer, läßt sich aber durch Eingehen mit dem Finger um den Mund nach vorn bringen. Aus kindlicher Indikation wird Forceps beschlossen. Querbett, Narkose, Kjellandzange im geraden Durchmesser angelegt. Unter Anwendung einer Episiotomie und Dammschutz Entwicklung des Kindes. 11.15 Uhr Partus eines weißasphyktischen, knapp reifen weiblichen Kindes nach linker Gesichtslage. Gewicht 2800 gr, Länge 50 cm, Wiederbelebungsversuche, Kind atmet nach 7 Minuten, schreit nach 14 Minuten. Naht der Episiotomie, 20 Min. post part. Placenta spontan sicher vollständig nach Schultze. Gesamtsanguis 150 gr, Geburtsdauer: 79 Stunden, 35 Minuten.

Fall 5. Nr. 875/35. 40 jährige VI. para, VI. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Alle bisherigen Geburten verliefen spontan. 2 Kinder leben und drei sind +. Die Totgeborenen hatten alle hohe Geburtsgewichte.
Allgemeinbefund: Puls 88, RR 120/80, Temp. 37,3°.
Am linken Bein Oedem und Varicen stark ausgeprägt.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation Mitte Januar 35, demnach ist die Geburt etwa am 22. 11. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang 109 cm, kindl. Herztöne 140 pro Min. bei der Aufnahme. Äußere Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm, dist. crist. 29 cm, dist. troch. 33 cm, conj. ext. 20 cm; conj. vera 8,5 cm n. G. B. Aus dem Geburtsbericht: 40 jähr. VI. para, VI. gravida kommt am 3. 11. 35 um 2 Uhr mit leichten Wehen, die seit 8 Stunden bestehen, zur Kreißsaalaufnahme: Diagnose: rechte Schädellage, Kind

lebt. Befund: MM. geschlossen, Kopf über dem Beckeneingang. Nach zuerst mäßig guten Wehen steigen die kindl. Herztöne um 10 Uhr auf 160 an. Um 11,45 Uhr werden stark wechselnde Herztöne (180—108 pro Min.) wahrgenommen. Um 12,10 Uhr wird die Blase gesprengt, wobei mekoniumhaltiges Fruchtwasser abfließt. Die angeschlossene vaginale Untersuchung ergibt: MM. handtellergroß, Kopf steht fest im Beckeneingang, Verdacht auf vordere Scheitelbeineinstellung. Deswegen wird um 12,20 Uhr eine seitliche Röntgenaufnahme gemacht, deren Ergebnis folgendes ist: mäßige Konfiguration des Kopfes in angedeuteter vord. Scheitelbeineinstellung mit geringem Mißverhältnis zum mütterlichen Becken. Um 12,57 Uhr ist der MM. fast völlig, die Leitstelle ist während der Wehe 1 Querfinger unter die Interspinallinie getreten, die kindl. Herztöne sind seit Blasensprung normal. 13,40 Uhr status idem, 14 Uhr erste Preßwehe. Mit zwei Preßwehen erfolgt um 14,07 Uhr die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 4070 gr schweren, 52/53 cm langen weiblichen Kindes nach dem Mech. der RHHL. Placenta spontan nach Schultze sicher vollständig. Gesamtsanguis 20 gr, Geburtsdauer 20 Stunden 10 Minuten.

Fall 6. Nr. 876/35. 28 jähr. II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Erster Partus verlief spontan nach einer Geburtsdauer von 7 Stunden, Kind wog $3^1{}_2$ Pfund und lebt. Allgemeinbefund: Ohne Besonderheiten. Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 19. I. 35, demnach ist die Geburt am 26. 10. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang 97 cm, kindliche Herztöne bei der Aufnahme 144 pro Minute. Äußere Beckenmaße: Dist. spin. 29 cm, dist. crist. 30 cm, dist. troch. 33 cm, conj. ext. 18 cm; Röntgen-Vera 8,2 cm.
Aus dem Geburtsbericht: 28 jähr. II. para ,II. gravida kommt am 3. 11. 19,15 Uhr mit leichten Wehen seit einer Stunde und vor $^3/_4$ Stunden gesprungener Blase zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage. Befund: MM. für eine Fingerkuppe durchgängig, Kopf wenig beweglich und über dem Beckeneingang stehend. Die Herztöne sind um 19,30 Uhr auf 160 pro Minute angestiegen, Wehentätigkeit mäßig. Um 20,30 Uhr besteht der Verdacht auf vordere Scheitelbeineinstellung; deshalb seitliche Röntgenaufnahme: starke Konfiguration des kindlichen Kopfes, die angenommene vordere Scheitelbeineinstellung wird bestätigt. Bis in die Frühe des nächsten Tages (4. 11.) sind die Wehen mäßig. Die Herztöne bleiben normal. Es ist keine wesentliche Veränderung im Befund eingetreten. 7,18 Uhr werden die Wehen kräftig. Patientin preßt spontan mit, zugleich sinken die Herztöne auf 76 ab, sind unregelmäßig, bleiben verlangsamt. Der Kopf ist mit

wenigen Preßwehen durch das Becken durchgetreten und steht nun mit querer Pfeilnaht auf dem Beckenbogen (tiefer Querstand). 7,28 Uhr wird Forceps nach Kjelland auf typ. Weise in geradem Durchmesser angelegt. Durch Vierteldrehung wird der Kopf rotiert, bis die Pfeilnaht im Graden steht. Der Kopf wird typisch entwickelt. 7,34 Uhr ist ein reifes, lebensfrisches, 3750 gr. schweres, 52 cm langes, weibliches Kind geboren, das Nachwasser ist stark mekoniumhaltig. Nach 5 Minuten post Partum folgt die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Da die Frau den dringenden Wunsch nach lebendem Kind hatte, wurde ihr wegen Gefährdung desselben (Herztöne 160 pro Minute) am 3. 11. um 19,30 Uhr und wegen des engen Beckens die Entbindung durch Kaiserschnitt vorgeschlagen. Patientin jedoch lehnt den Kaiserschnitt ab. Gesamtsanguis: 100 gr, Geburtsdauer 13 Stunden, 29 Minuten.

Fall 7. Nr. 112/36. 39 jährige III. para, III. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. Partus 1930 nach 14 stündiger Geburtsdauer spontan zu Ende gegangen. Kind 4250 gr, nach 5 Stunden gestorben. II. Partus 1931, spontaner Geburtsverlauf (12 Stunden), Kind 2300 gr, $3^1/_2$ Stunden post partum gestorben.

Aus dem Allgemeinbefund: Patientin zeigt an rachitischen Zeichen ein caput quadratum, Linksskoliose der Lendenwirbelsäule. Intertrigo unter der rechten Mamma und am Unterbauch. Puls 92, RR 150/105, Temp. 37,5° rectal.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 6. 5. 35. Demnach ist die Geburt am 13. 2. 36 zu erwarten. Größter Leibesumfang 109 cm, kindliche Herztöne bei der Aufnahme 160 pro Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 26,5 cm, dist. crist. 29 cm, dist. troch. 34 cm, conj. ext. 18 cm, conj. vera 8,3 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: 39 jährige III. para, III. gravida kommt am 7. 2. 11,30 Uhr mit vorzeitigem Blasensprung ohne Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Blasensprung 5 Stunden vor der Aufnahme. Diagnose: rechte Querlage, enges Becken II.°, Kind lebt. Befund: Muttermund zweimarkstückgroß, kleines Becken leer. Nach Kreißsaallagerung wird der Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser beobachtet. Die kindl. Herztöne sind in Nabelhöhe laut zu hören. 160 pro Minute. 16,30 Uhr ist der Muttermund gut handtellergroß und der linke Fuß vorgefallen. Der in der Vulva sichtbare Fuß wird angeschlungen und mit 1000 gr belastet. Die Herztöne sind zur Zeit beschleunigt (160, 172), schwanken und sinken um 17,45 Uhr auf unter 100 ab, erholen sich auf 1 ccm Cardiazol. Zur Beschleunigung der Geburt wird die Belastung auf 1150 gr erhöht. Um 18,05 Uhr rückt das Bein tiefer, der ganze kindl. Oberschenkel wird sichtbar, die Herztöne fallen auf 72 ab.

Daraufhin wird bei völligem MM. die Extraktion gemacht. Extraktion am Fuß und Steiß, Lösung des rechten und dann des linken Armes nach der Methode der hinteren Armlösung (Truzzi). Der rechtsstehende Mund wird mit dem Zeigefinger eingehakt, mit der rechten Hand der Nacken umgriffen und durch Druck von oben und Zug bei Walcher'scher Hängelage wird der Kopf ins Becken geleitet. Entwicklung des Kopfes. Das leicht asphyktische Kind 3160 gr schwer, 52/53 cm Länge, schreit nach 2 Minuten. Cervixrevision o. B., Damm- und Shpinkternaht. Nach 27 Min. p. p. folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Wegen Gefährdung des Kindes (hohe kindl. Herztöne, mekoniumhaltiges Fruchtwasser), und dem bestehenden engen Beckens, wegen der beiden toten Kinder und des dringenden Wunsches nach lebendem Kinde wurde der Patientin um 12,45 Uhr der Vorschlag zur Sectio gemacht. Patientin lehnt jedoch den Kaiserschnitt ab. Geburtsdauer 6 Stunden 28 Minuten.

Fall 8. Nr. 198/36. 27 jährige I. para, I. gravida.
Aus der Anamnese ist nichts besonderes zu erwähnen.
Allgemeinbefund: Leichte Oedeme in der Umgebung der Augen und an beiden Unterschenkeln. Puls 68, RR 140/100, Temp. 36,4° rectal. Im Harn Spuren von Eiweiß.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 13. 6. 1935. Demnach ist die Geburt am 20. 3. 36 zu erwarten. Empfängnis angeblich am 13. Juni 35, wonach die Geburt am 12. 3. 36 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 96 cm. Kindliche Herztöne 124 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 24,5 cm, dist. crist. 26 cm, dist troch. 29 cm, conj. ext. 19 cm. Roentgen-Vera axial 9,0 cm, frontal 9,9 cm.
Aus dem Geburtsbericht: 27 jährige I. para, I. gravida kommt am 13. 3. 36 um 4 Uhr mit guten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Wehenbeginn am 13. 3. 0,10 Uhr. Die Blase soll bereits am 12. 3. um 19 Uhr gesprungen sein. Befund: Fragliche rechte Schädellage, Leitstelle 2 Querfinger über der Interspinallinie, Muttermund dreimarkstückgroß, Blase gesprungen. Wehen sind gut. Bei der rectalen Untersuchung tastet man höckrige Resistenzen, die den Verdacht aufkommen lassen, daß eine Gesichtslage besteht. Die äußeren Beckenmaße lassen ein enges Becken vermuten. Es wird eine Roentgenaufnahme gemacht, die einen hohen Gradstand bei engem Becken ergibt. Da trotz guter Wehen die Geburt bis 10,20 Uhr nur unbedeutende Fortschritte macht, und die Frau ein lebendes Kind wünscht, wird eine Sectio beschlossen, nachdem noch anzunehmen ist, daß wegen des engen Beckens und des bestehenden Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken erhebliche Geburtsschwierigkeiten auftreten werden. Nach einer Skopolamin-

injektion (0,0003 i. m.) wird Patientin um 11 Uhr in den Operationssaal gebracht. Während der Vorbereitung zur Operation fängt die Frau an, spontan mitzupressen. Die Untersuchung ergibt darauf, daß der Kopf fast in die Interspinallinie gerückt ist und während der Wehe tiefer tritt, da der MM inzwischen gut handtellergroß ist. Wegen Gefährdung des Kindes (verlangsamte Herztöne von 80, 72 pro Minute) wird an dem nunmehr zangengerecht stehenden Kopfe die Kjellandzange biparietal angelegt. Der Kopf wird unter Druck von oben nach ausgeführter Episiotomie in typischer Weise entwickelt. Das um 11,21 Uhr geborene asphyktische Kind schreit nach 3 Minuten und hat beiderseits in der Schläfengegend Zangendruckpunkte. Gewicht 2930 gr, Länge 48/49 cm. Die Blutung bei liegender Placenta ist stark, es wird daher ein Aortenkompressorium angelegt und die aus der Episiotomiewunde spritzenden Gefäße werden abgeklemmt. 11,30 Uhr erscheint auf leichten Druck von oben die sicher vollständige Placenta. Versorgen der Episiotomie und des Scheidenrisses. Geburtsdauer 11 Stunden 24 Minuten.

Fall 9. Nr. 313/36. 28 jährige III. para, III. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. Partus 1928 nach 24 stündiger Geburtsdauer spontan, Kind tot. II. Partus 1930 nach 18 stündiger Geburtsdauer und guter Wehentätigkeit, Querlage, Wendung, Extraktion, Kind sub partu abgestorben.

Allgemeinbefund: Die Menses sind sehr unregelmäßig (von 4 Wochen bis 4 Monaten) und dabei starker Blutverlust. Puls 92, RR 115/55, Temp. 36° rectal. Im Urin Eiweiß in Spuren.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 1. 5. 35. Demnach ist die Geburt am 7. 2. 36 zu erwarten. Größter Leibesumfang 103 cm, kindl. Herztöne 140 pr. Min. bei der Aufnahme. Beckenmaße :Dist. spin. 26 cm, dist. crist. 28 cm, dist. troch. 31 cm, conj. ext. 18 cm. Conjugata vera 7,6 cm n. G. B. Rö-vera 8,1 cm. Außerhalb 5—6 mal von der Heb., 4 mal vom Arzt vaginal untersucht:

Aus dem Geburtsbericht: Patientin wird vom Arzt wegen engen Beckens und dem daraus entstehenden Mißverhältnis zwischen Becken und kindl. Kopf der Klinik überwiesen. 28 jährige III. para, III. gravida kommt am 15. 4. um 21,05 Uhr mit kräftigen Wehen zur Kreißsaalaufnahme.

Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, Rectalbefund: Blase gesprungen, vorangehender Teil ist der Kopf, Muttermund handtellergroß. Wegen Verdachtes auf enges Becken wird eine Rö-Veramessung vorgenommen, die eine Rö-Vera von 8,3 cm ergibt (21,40 Uhr). Eine Röntgenübersichtsaufnahme ergibt eine starke Konfiguration des kindlichen Schädels und ein Mißverhältnis zwischen

kindl. Kopf und mütterlichem Becken. Während die Frau noch auf dem Röntgentisch liegt, treten plötzlich Preßwehen auf, der Kopf wird in der Tiefe sichtbar, die vorher regelmäßigen kindl. Herztöne sind beschleunigt (164 pro Minute). Da ein Transport in den Kreißsaal eine Verzögerung der Geburt bedeuten würde, wird die Frau rasch auf die Fahrbahre gelegt und die Geburt im Röntgenzimmer beendet. 21.50 Uhr Spontangeburt eines reifen, leicht asphyktischen, weiblichen Kindes nach dem Mech. der linken HHL (3240 gr, 51/52 cm). Das Kind zeigt eine starke Konfiguration des Kopfes mit mächtiger Kopfgeschwulst über dem rechten Scheitelbein, rechts Facialislähmung mit Lagophthalmus. Das Nachwasser ist stark mekoniumhaltig. Die Wiederbelebung gelingt durch Schlagen und Trachealkatheterismus. Facialisparese scheint central bedingt zu sein. Placenta folgt spontan nach Schultze 17 Minuten p. p. und ist sicher vollständig. Gesamtdanguis 280 gr. Geburtsdauer 23 Stunden 38 Minuten.

Fall 10. Nr. 888/36. 31 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts besonderes hervorzuheben.
Allgemeinbefund: Geringe Oedeme an beiden Unterschenkeln. Puls 100, RR 125/70, Temp. 37,1° rectal. Im Urin Eiweiß in Spuren.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 18. 1. 36. Demnach ist die Geburt am 25. X. 26 zu erwarten. Größter Leibesumfang 105 cm, kindl. Herztöne 136 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm, dist. crist. 28,5 cm, dist. troch. 31,5 cm, conj. ext. 20 cm, conj. vera 9,5 cm n. G. B. Patientin war außerhalb der Klinik 3 mal vaginal untersucht worden.
Aus dem Geburtsbericht: 31 jährige I. para, I. gravida kommt am 1. 11. 36 um 12 Uhr mit leichten Wehen vom Arzt wegen Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken und Wehenschwäche eingewiesen zur Kreißsaalaufnahme.
Diagnose: Linke Schädellage. Befund: MM. für einen Finger durchgängig, vorliegender Teil Kopf, der dem Beckeneingang aufgepreßt ist. Das Kind ist etwa 4 Querfinger über der Symphyse zu tasten, die Pfeilnaht verläuft hinter dem Promontorium. Vordere Scheitelbeineinstellung. Da die Geburt am 30. 10. mit leichten Wehen begonnen hatte, die Blase am 31. 10. um 19 Uhr gesprungen war, der Arzt draußen dreimal vaginal untersucht hatte und, um die Geburt in Gang zu bringen Pituchinol gegeben hatte, wird auch in der Klinik Pituchinol in Teilstrichen gegeben. Im Laufe des Nachmittags (1. 11.) tritt eine mäßig gute Wehentätigkeit auf mit gleichmäßig gutem Fortschreiten der Geburt. Um 19 Uhr setzt die erste Preßwehe mit Sichtbarwerden des kindl. Kopfes in der Tiefe ein. 20,10 Uhr erfolgt die Spontangeburt eines leicht asphyktischen, reifen männlichen Kindes nach dem Mech. der LHHL. mit einem

Geburtsgewicht von 3070 gr. und einer Länge von 52/53 cm. Die Atmung ist schwach, bessert sich im Laufe der nächsten halben Stunde. Die Wiederbelebung macht durch Bad, Herzmassage, Trachealkatheterismus langsame Fortschritte. Sehr starke Konfiguration des Kopfes, die für Nägelsche Obliquität spricht, sowie starke Geburtsgeschwulst. Nach Orasthin mite i. v. blutet es bei liegender Placenta noch weitere 570 gr. 20,42 Uhr Narkose und Credé, Placenta ist sicher vollständig. 1 ccm Orasthin mite, 1 ccm Neogynergen; da es nochmals mit der Placenta 280 gr blutet, wird Haselhorst'sches Aortenkompressorium um 20,50 Uhr angelegt. Sanguis nach Placenta 330 gr. Gesamtblutverlust 1180 gr. Geburtsdauer 54 Stunden 2 Minuten.

Fall 11. Nr. 83/37. 37 jährige II. para, II. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: 1934 Sectio nach Dörfler wegen Nephropathie, Gemini, beide Kinder leben.
Allgemeinbefund: Oedeme an beiden Unterschenkeln, Puls 92, RR 130/85, bei der Aufnahme; Temp. 36,8° rectal.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 27. 4. 36, Geburt zu erwarten am 3. 2. 37. Größter Leibesumfang 132 cm. Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm, dist. crist. 32 cm, dist. troch. 34 cm, Conj. ext. 23 cm. Kindl. Herztöne 136 pro Minute bei der Aufnahme.
Aus dem Geburtsbericht: 37 jähr. II. para, II. gravida kommt am 28. 1. 37 mit mäßigen Wehen zur Kreißsaalaufnahme.
Befund: rechte Schädellage, bei der rectalen Untersuchung ist der Kopf eben erreichbar. MM. nicht zu beurteilen, RR 135/85, sehr starker Hängebauch, links unterhalb des Nabels eine faustgroße Nabelhernie. Hochbinden und Bandagieren des Leibes, Besserung der Wehentätigkeit. 15,50 Uhr ist der Kopf bei der rectalen Untersuchung mit der Fingerspitze eben erreichbar. RR 150/85, Patientin klagt über Kopfschmerzen und Augenflimmern. 17 Uhr ein Rectidonsuppos. Der Blutdruck wechselt zwischen 135 und 150/90. Kindl. Herztöne 160 pro Minute. Sectio erwogen. 19 Uhr MM. drei bis fünfmarkstückgroß, Blase steht, Kopf tritt ins Becken ein, Leitstelle 3 Querfinger über der Interspinallinie. 22 Uhr MM. völlig, die sichtbare Blase wird gesprengt. Um 22,15 Uhr setzt die erste Preßwehe ein, 22,30 Uhr wird der Kopf in der Tiefe sichtbar, der Blutdruck beträgt 165/90. 23,01 Uhr kommt es zur Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, männlichen Kindes nach dem Mech. der RHHL. Gewicht 3340 gr, Länge 49/50 cm. Geburtsdauer: 20 Stunden 11 Minuten.

Fall 12. Nr. 112/37. 35 jährige IV. para, IV. garvida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. Kind nach 17-

stündiger Geburtsdauer und guter Wehentätigkeit spontan geboren. Am 2. Tage —. II. Kind nach 30stündiger Geburtsdauer und mäßiger Wehentätigkeit spontan geboren. Am 3. Tage Kind —. III. Kind nach 4½ stündiger Geburtsdauer und sehr guter Wehentätigkeit (Sturzgeburt) spontan geboren. Kind am 1. Tag —. Alle drei Kinder wogen 3000 gr.
Allgemeinbefund: WaR negativ. Puls 80, Temp. 36,7°, RR 120/80. Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 20. 4. 36, Geburt ist demnach am 27. 1. 37 zu erwarten. Beckenmaße: Dist. spin. 25,8 cm, dist. crist. 27 cm, dist. troch. 30 cm, conj. ext. 17 cm, conj. vera 9,0 cm n. G. B.
Aus dem Geburtsbericht: 35jährige IV. para, IV. gravida kommt am 5. 2. 37 7,15 Uhr mit guter Wehentätigkeit 8 Tage p. terminum zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: rechte Schädellage. MM kleinhandtellergroß. Kopf in der Interspinallinie. Vordere Scheitelbeineinstellung. 8,17 Uhr erfolgt Blasensprung, wobei gleichzeitig die erste Preßwehe einsetzt. 18,20 Mutterm. fast völlig, Pfeilnaht steht noch quer, 8,39 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 3650 gr schweren 50/52 cm langen weiblichen Kindes nach dem Mech. der RHHL. Geburtsdauer 3 Stunden 39 Minuten. Auf Grund der Anamnese (3 tote Kinder) hatte die Patientin ihre ausdrückliche Genehmigung zu einem eventuellen Kaiserschnitt gegeben. Das Kind war sehr beweglich (Steiß-, Quer-, Schädellage), festgestellt am 7. 12. 37 in der hiesigen Poliklinik.

Fall 13. Nr. 152/37. 29jährige II. para, II. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. Partus 1935, verlief nach einer Geburtsdauer von 7 Stunden bei guter Wehentätigkeit spontan. Gewicht 2680 gr. Das Kind starb im 4. Monat p. p.
Allgemeinbefund: Puls 80, RR 130/90, Temp. 36,8°.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 9. 5. 36. Demnach ist die Geburt am 16. II. 37 zu erwarten. Kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme; Beckenmaße: Dist. spin. 27 cm, dist. crist. 29,5 cm, dist. troch. 31 cm, conj. ext. 19,5 cm, conj. vera 8,9 cm n. G. B.
Aus dem Geburtsbericht: 29jährige II. para, II. gravida kommt am 18. 2. 37 um 10 Uhr mit guten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Befund: Rechte Schädellage, Kind lebt; rectale Untersuchung: MM. zwei bis dreimarkstückgroß, Blase steht, Kopf eben erreichbar. 0,45 Uhr Blasensprung, wobei reichlich klares Fruchtwasser abfließt. Wehen sind weiterhin sehr gut. Um 1,05 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne zwischen 104 und 163 pro Minute. Um allzu starken Wehen vorzubeugen, und um die Patientin zu schonen, wird 1 ccm Dilaudid gegeben. 1,18 Uhr 1 ccm Cardiazol wegen

Schwankens der kindlichen Herztöne; danach vorübergehende Besserung. Um 1,45 Uhr wiederum schwankende Herztöne zwischen 80 und 170 pro Minute. 1 ccm Cardiazol i. v. Danach bleiben die kindlichen Herztöne hoch, bis 2,50 Uhr über 160, dann Absinken zur Norm. 2,30 Uhr war der MM. kleinhandtellergroß, verkrampft, dick. Zur Krampflösung 1 Eupaco Suppos. Um die hohen kindlichen Herztöne nicht noch weiter steigen zu lassen, wird zwischendurch etwas Äther gegeben. Um 5 Uhr 1. Preßwehe, gleichzeitig sinken die kindlichen Herztöne auf 80 (Eintrittseffekt), weswegen 1 ccm Cardiazol i. v. gegeben wird. MM. völlig, Leitstelle auf dem Beckenboden, Pfeilnaht quer, dreht sich in den nächsten zwei Minuten etwas in den graden Durchmesser und wird in der Vulva sichtbar. 5.15 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen 52/53 cm langen, 3580 gr. schweren Kindes. Die Nabelschnur war zweimal um den Hals geschlungen. Geburtsdauer 10 Stunden, 13 Minuten. Placenta sp. nach Schultze 4 Minuten p. p.

Fall 14. Nr. 164/37. 38 jährige V. para, V. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Patientin gibt an, erst mit zwei Jahren laufen gelernt zu haben. Von den bisher geborenen 4 Kindern leben nur noch 2; 2 sind intra partum bei Wendung auf den Fuß gestorben. Die erste Geburt verlief spontan, die 2. wurde durch Forceps beendet. Bei allen 4 Geburten bestand eine Wehenschwäche. Im Jahre 1937 wurde in einem auswärtigen Krankenhause eine Röntgenübersichtsaufnahme gemacht, die ein großes Kind zur Darstellung brachte.

Allgemeinbefund: Leichte Oedeme am rechten Fuß, Puls 96, RR 120/85, Temp. 37,2° rectal.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 10. 5. 36. Demnach ist die Geburt am 17. 2. 37 zu erwarten. Kindliche Herztöne bei der Aufnahme 148 pr. Min. Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm, dist. crist. 29,5 cm, dist. troch. 31 cm, conj. ext. 20 cm.

Aus dem Geburtsbericht: 38 jähr. V. para, V. gravida kommt am 19. 2. 37 um 22,30 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, Rectalbefund: Die Größe des MM. ist unklar, kein führender Teil zu tasten, ein großer Symphysensporn fühlbar. Am 20. 2. 12,55 Uhr ist erstmalig der Kopf rectal erreichbar. Es wird Fruchtwasserabgang beobachtet. 13,30 Uhr ist der MM. fünfmarkstückgroß, die Wehen sind sehr gut geworden; die Leitstelle steht noch um 18 Uhr unverändert hoch. Der Kopf ist dem Becken fest aufgepreßt. 19,55 Uhr in Äthernarkose vaginale Untersuchung: MM. kleinhandtellergroß, Cervix dick, die vordere Muttermundslippe geschwollen, Pfeilnaht quer, Leitstelle unverändert, vordere Scheitelbeineinstellung.

Patientin sieht sehr blaß aus, weswegen die geplante Sectio aufgegeben wird. 18,05 Uhr 1 ccm Dilaudid ,wodurch die Patientin nur wenig beruhigt wird. Um 21 Uhr steigen die kindlichen Herztöne auf 160 bis 170 pr. Minute und bleiben trotz Cardiazol ständig in der Höhe. Trotz guter Wehen ist der MM noch immer kleinhandtellergroß, Leitstelle 4 Querfinger über der Interspinallinie. Wegen starker Unruhe ein Eupaco Suppos. und um 24 Uhr nochmals 1 ccm Dilaudid. Daraufhin schläft die Patientin. Am 21. 2. um 3 Uhr setzen wieder gute Wehen ein, Herztöne wieder 160 bis 170. Um 10 Uhr steht bei kleinhandtellergroßem MM. die Leitstelle in der Interspinallinie und bleibt trotz mäßiger bis guter Wehen bis um 15 Uhr fast in derselben Höhe. Es wird 0,3 + 0,4 + 0,5 ccm Orasthin i. m. in 1 stündigem Abstande gegeben. Die Herztöne sind inzwischen zur Norm abgefallen. Von 15,30 an preßt die Patientin mit, sodaß um 17,40 Uhr die Leitstelle 1 Querfinger unter der Interspinallinie bei völligem MM. mit quer verlaufender Pfeilnaht steht. Um 18,44 Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen weiblichen Kindes. Gewicht 3780 gr, Länge 55/56 cm. Placenta folgt spontan nach Duncan 24 Minuten p. p. Geburtsdauer 42 Stunden 8 Minuten. Gesamtblutverlust 150 gr.

Fall 15. Nr. 183/37. 37 jährige I. para, I. gravida.
Aus der Anamnese ist nichts besonderes hervorzuheben.
Allgemeinbefund: Leichte Oedeme am linken Unterschenkel. Puls 78, Temp. 37,2°, RR 125/85, Eiweiß in Spuren im Harn.
Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 15. 4. 36 (?) Demnach ist die Geburt zu erwarten etwa am 22. 1. 37. Kindliche Herztöne bei der Aufnahme 140. Beckenmaße: Dist. spin. 23,5 cm, dist. crist. 25,5 cm, dist. troch. 29 cm, conj. ext. 17,5 cm, Conj. vera 8,6 cm n. G. B.; Rö-vera 9,3 cm.
Aus dem Geburtsbericht: 37 jährige I. para, I. gravida kommt am 24. 2. 37 um 22 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. einmarkstückgroß, Kopf centriert, Pfeilnaht quer, Blase steht. Da der Kopf leicht vorspringt und das Promontorium rectal erreichbar ist, wird eine Rö-vera gemessen, die 9,3 cm ergibt. Bei mäßigen Wehen bleibt der Kopf bis zum 25 .2. 10 Uhr unverändert stehen, springt jedoch nicht mehr vor. Zur gleichen Zeit nochmalige rectale Untersuchung mit folgendem Ergebnis: MM. dreimarkstückgroß, Blase steht, vordere Scheitelbeineinstellung. Die kindlichen Herztöne sind seit 9 Uhr auf 160 bis 170 angestiegen, weswegen 1 ccm Cardiazol i. m. gegeben wird. Die Herztöne bleiben trotzdem hoch. Bei inzwischen guten Wehen ist der MM. kleinhandtellergroß. Kopf gut erreichbar. Gleichzeitig steigen die kindlichen Herztöne wieder auf 182 an. Auf 1 ccm Cardiazol fallen die

kindlichen Herztöne auf 140 ab. Um die Herztöne bei der Norm zu halten wird noch mehrmals Cardiazol gegeben. Um 17 Uhr ist der MM. noch immer kleinhandtellergroß und der kindl. Kopf beweglich im Beckeneingang. Blase ist nicht zu tasten, gesprungen (?). Nähte des kindl. Kopfes nicht sicher festzustellen. Als um 13 Uhr die kindlichen Herztöne auf 182 gestiegen waren, wurde der Patientin die Schnittentbindung vorgeschlagen. Patientin, wie ihr Ehemann willigten ein. Da es aber gelang, durch wiederholte Cardiazolgaben die kindlichen Herztöne bei der Norm zu halten, wurde von einer Sectio Abstand genommen. — Um 17 Uhr ist die Temperatur auf 37,9° rectal angestiegen. 18.45 Uhr wird wegen unklaren Befundes vaginal untersucht: Blase steht, schlaff, Amnion?, sonstiger Befund unverändert, nur jetzt vordere Scheitelbeineinstellung. Die künstliche Blasensprengung wird versucht, kein Fruchtwasserabfluß. Die inzwischen wieder guten Wehen lassen die Leitstelle um 22,10 Uhr faßt die Interspinallinie erreichen. Die kindl. Herztöne steigen nicht mehr über 160. Am 26. 2. 37 um 3 Uhr ist der MM. völlig. Die Leitstelle steht mit querer Pfeilnaht in der Interspinallinie. 4,15 Uhr erste Preßwehe, 4,30 Uhr Kopf in der Tiefe sichtbar und um 4,40 Uhr erfolgt die Spontangeburt eines blau asphyktischen, reifen, männlichen Kindes nach dem Mech. der RHHL. Gewicht 2550 gr, Länge 48/49 cm. Die Wiederbelebung (Bad, Guß, Massage, Trachealkatheterismus) ist von Erfolg. Placenta folgt 5 Min. p. p. spontan nach Duncan, sicher vollständig. Geburtsdauer 43 Stunden 40 Minuten.

Fall 16. Nr. 198/1937. 27 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts Besonderes hervorzuheben.

Aus dem Allgemeinbefund: Oedeme an beiden Unterschenkeln. Puls 88 p. M., RR 135/75, Temp. 37° rectal. Letzte Menstruation am 28. IV. 36 (?) ,wonach die Geburt am 5. 2. 37 (?) zu erwarten ist.

Aus dem Geburtshilflichen Befund: Größter Leibesumfang 108 cm. Kindl. Herztöne bei der Aufnahme: 136 pro Minute.

Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 30,5 cm; conj. ext. 20,5 cm; conj. vera 9,1 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 28. 2. 37, 21,30 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Der Blasensprung erfolgte angeblich 13 Stunden vor der Aufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, vorzeitiger Blasensprung, drei bis vier Wochen etwa post terminum. Befund: MM. geschlossen. Der vorliegende Teil ist bei rectaler Untersuchung nicht zu erreichen. Da nur mässige Wehen bestehen, wird viermal eine Cardiazol-Chininbohne gegeben. Trotzdem keine Steigerung der Wehentätigkeit, sodaß die Patientin die ganze Nacht über schläft. Am 1. 3.

11 Uhr setzen geringe Wehen ein. Auf eine Pituchinolkur hin erhebliche Besserung der Wehentätigkeit, sodaß um 15.30 Uhr der MM. einmarkstückgroß ist. Die Leitstelle steht noch drei Querfinger über der Interspinallinie. Die Wehen lassen wiederum nach, weswegen nochmals 0,5 Pituchinol i. m. gegeben wird. Um 17,35 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne zwischen 160 und 120 pro Minute, bessern sich jedoch auf 1 ccm Cardiazol i. m. Der Blutdruck ist auf 140 90 angestiegen. Am 2. 3., 10 Uhr rectale Untersuchung: MM. drei bis fünfmarkstückgroß, Kopf fest im Beckeneingang. Trotzdem die conj. externa 20,5 cm beträgt, taucht wegen der inzwischen trotz guter Wehentätigkeit bestehenden Geburtsverzögerung der Verdacht auf enges Becken auf. Wegen Rigidität des inneren Muttermundes wird um 14 Uhr ein Belladonna - Exclud - Suppos. gegeben. Um 14.30 Uhr schwanken erneut die kindlichen Herztöne (120, 110, 130, 162 pro Minute), worauf 1 ccm Cardiazol i. m. gegeben wird. Um 16 Uhr ist bei völligem MM. die Leitstelle 1 Querfinger unter der Interspinallinie. 16.15 Uhr erste Preßwehe, 16,25 Uhr Spontangeburt eines weiß-asphyktischen Kindes nach dem Mechanismus der linken Hinterhauptslage. Die sofortigen Wiederbelebungsversuche sind von Erfolg. Das Kind schreit nach 7 Minuten. Der Trachealkatheterismus ergibt sehr starke Mekonium- und Fruchtwasseraspiration. Geburtsgewicht 4400 gr, Länge 56/56,5 cm. Die jetzt erfolgte Veramessung ergibt 9,1 cm nach G. B., und bei vaginaler Untersuchung ist das Promontorium sehr bequem zu erreichen. Nach einer Stunde 3 Minuten folgt spontan die sicher vollständige Placenta nach Duncan. Geburtsdauer 47 Stunden 25 Minuten. Gesamtblutverlust 300 gr.

Fall 17. Nr. 251/1937. 24jährige II. para, III. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Erster Partus 1933, Sectio wegen Eklampsie mit Amaurose. Kind lebt. Geburtsgewicht 3200 gr. 1935 Abort Mens III.

Aus dem Allgemeinbefund: Starke Oedeme an Ober- und Unterschenkel. Gesicht und Bauchdecken stark aufgedunsen. Systol. Geräusch besonders über der Pulmonalis. Puls 84, Temp. 37, 2 rectal. RR 145/85. Im Harn Eiweiß doppelt positiv, Zucker ++, Esbach 6‰.

Aus dem Geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 12./13. V. 1936, wonach die Geburt am 19./20. 2. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 117 cm, kindl. Herztöne 140 pr. Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 28 cm; dist. troch. 33 cm; conj. ext. 21 cm.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 13. 3. 37 um 12 Uhr ohne Wehen wegen Nephropathie und 23 Tagen post ter-

minum zur Kreißsaalaufnahme. Befund: Starke Oedeme am ganzen Körper. Patientin zeigt keine subjektiven Beschwerden und ist bei völligem Bewußtsein. Rectale Untersuchung: MM. geschlossen, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Blase steht. Um 16,35 Uhr Wehenbeginn. Um 22 Uhr ist der MM. dreimarkstückgroß, der Kopf immer noch beweglich über dem Beckeneingang, am 14. 3. 10,50 Uhr status idem. Wegen Rigidität des MM. und wegen starker Unruhe der Patientin wird ein Eupaco-Suppos. und 1 ccm Dilaudid i. m. gegeben. Der Blutdruck beträgt 145/90; Temp. 36,6° rectal. Es wird vorläufig von einem Dämmerschlaf noch abgesehen. Bereits zu Beginn der Geburt war von der Patientin wegen der Gefahr eines nochmaligen Ausbruchs einer schweren Eklampsie und Gefährdung des Kindes (Herztöne 168 pro Minute) die Einwilligung zur Ausführung einer Schnittentbindung eingeholt worden. Am 14. III. um 19 Uhr ist noch immer kein Fortschritt in der Geburt zu verzeichnen. Der Blutdruck betr. jetzt 165/90, weswegen zweimal ein Rectidon Suppos. gegeben wird. Um 22,15 Uhr wird bei kleinhandtellergroßem MM. die Blase gesprengt und um 22,05 Uhr ist der MM. handtellergroß und der Kopf steht fest im Becken, RR 180/115. Um 23,05 Uhr ist der MM. völlig und es wird 7,5 ccm Pernocton i. v. gegeben. Die Patientin ist daraufhin zunächst schläfrig, dann aber unruhig, die Wehen haben fast völlig sistiert. Am 15. 3. 0,50 Uhr steht der Kopf auf dem Beckenboden. RR 155/80, und um 2,27 Uhr erfolgt die Spontangeburt eines 4020 gr schweren, 52/52,5 cm langen, reifen Kindes nach dem Mechanismus der RHHL. 23 Min. post partum folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Geburtsdauer 34,02 Stunden. Gesamtblutverlust 1050 gr.

Fall 18. Nr. 380/1937. 26 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. partus wurde nach zweitägiger Geburtsdauer infolge schlechter Wehentätigkeit durch Forceps beendet. Kind lebt, hatte ein Geburtsgew. von 3000 gr. Patientin hat 1934 eine Nierenbeckenentzündung durchgemacht. Die Menses sind alle zwei bis drei Wochen, dauern 7 Tage und sind durch sehr starken Blutverlust und Schmerzen im Beginn ausgezeichnet.

Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80, RR 135/70, Temp. 38,1° re., starker Fluor, Eiweiß in Spuren im Urin.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 3./4. 7. 36, wonach die Geburt am 10./11. 4. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 101 cm, kindl. Herztöne 140 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 29 cm, dist. troch. 32 cm, conj. ext. 19 cm, Conj. vera 8,8 cm n. G. B. Rö.-vera 9,0 cm.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 15. IV. 37 um 22 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme, Wehenbeginn angeblich am 14. 4. um 0,00 Uhr, zweimalige rectale Untersuchung und zweimal Thymophysin (einmal 1 ccm und einmal 0,6 ccm), Blase soll angeblich noch stehen. Diagnose: Rechte Schädellage. Kopf springt nach außen stark vor und steht beweglich über dem Beckeneingang. Es besteht der Verdacht auf ein großes Kind und enges Becken. Der Rectalbefund: MM. kleinhandtellergroß, Kopf eben erreichbar und etwas nach rechts abgewichen, Promont. zu erreichen. Aus diesem Grunde wird eine Rö.-veramessung vorgenommen, die 9,0 cm beträgt. Wegen des starken Fluors und der Temperaturerhöhung auf 38,1° hält die Geburtsleitung eine Entbindung durch Kaiserschnitt für zu gefährlich für die Patientin. Um 23 Uhr wird wegen starker Unruhe der Patientin 1 ccm Dilaudid gegeben. Bei guter Wehentätigkeit springt am 16. 4. um 1,35 Uhr die Blase, wobei reichlich hellbraunes, mekoniumhaltiges Fruchtwasser abfließt. Trotz guter Wehentätigkeit ist der Befund um 8 Uhr unverändert, weiterhin fließt mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab. Temp. 38,8°. Um 16 Uhr steht die Leitstelle in der Interspinallinie. Es besteht eine erhebliche Kopfgeschwulst. Die Wehentätigkeit kann trotz sechsmaliger Gaben von Cardiazol-Chininbohnen nicht gebessert werden. Um 19,40 Uhr wird die kleine Fontanelle rechts hinten getastet. Auf Orasthingaben in steigenden Dosen kann die Wehentätigkeit gebessert werden, sodaß um 22,55 Uhr die erste Preßwehe einsetzt und um 23,22 Uhr die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen Kindes nach dem Mechanismus der rechten Hinterhauptslage erfolgt. Geburtsgewicht 3860 gr. Länge 51/52 cm. 17 Minuten post partum folgt die sicher vollständige Placenta nach Duncan. Geburtsdauer 61 Stunden 22 Minuten. Gesamtblutverlust 700 gr.

Fall 19. Nr. 396/1937. 30 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts Besonderes hervorzuheben.

Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80, RR 145/85, Temp. 37,1° re.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 17. 7. 36, wonach die Geburt am 24. 4. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 106 cm, kindl. Herztöne 124 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 27 cm; dist. troch. 32 cm; conj. ext. 19 cm; conj. vera 8,8 cm n. G. B. Rö-vera 8,5 cm.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 21. 4. 37 um 19,45 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Verdacht auf enges Becken, Gradlage, kleine Teile beiderseits tastbar, Herztöne bald links, bald rechts am lautesten zu hören, Ib Lage? Rectalbefund: MM. für einen Finger durchgängig, Pro-

montorium gut erreichbar, Leitstelle steht drei Querfinger über der Interspinallinie. Es besteht der Verdacht auf eine Deflexionshaltung. Linke orbita fühlbar (?). Seitliche Rö-Veramessung korrigiert 8,5 cm und Bestätigung der Deflexion. Nach der Rö-Aufnahme ist eine Änderung im äußeren Befunde aufgetreten, vor der Rö-Aufn. sprang der Kopf etwas vor und war leicht nach rechts abgewichen, nach der Rö-Aufn. springt der Kopf nicht mehr vor. Es hat damit sicher zuvor eine Stirnlage bestanden, während jetzt eindeutig die große Fontanelle als Einstellung zu fühlen ist. Am 22. 4. um 7,30 Uhr ist der MM. handtellergroß. Die Blase wölbt sich vor während der Wehentätigkeit. Die Leitstelle steht noch immer drei Querfinger über der Interspinallinie. Im graden Durchmesser? Eine nochmalige Rö-Aufnahme ergibt typische rechte Schädellage ohne pathol. Einstellung und die gefühlte Naht ist wahrscheinlich die Kranznaht gewesen. Um den Blasensprung zu vergrößern wird 1 Dilaudid Suppos. gegeben. Um 13 Uhr ist der MM. völlig, die Blase wölbt sich während der Wehe stark vor. Der Kopf ist noch nicht tiefer getreten. Die Pfeilnaht verläuft im I. schrägen Durchmesser. Als sich röntgenologisch sowie palpatorisch einwandfrei eine HHL. feststellen ließ, wurde von der zu Beginn der Geburt in Aussicht genommenen Sectio (enges Becken II.°, Stirnlage) Abstand genommen. Äußerlich ist um 13 Uhr festzustellen: Uterus liegt stark nach links, rechts stark geblähter Darm, was auch röntgenologisch festgestellt worden war. Daher wird die Patientin auf die rechte Seite gelagert. Die Wehentätigkeit mäßig bis gut. Um 16 Uhr status idem. Um 18 Uhr wird die Blase gesprengt und die Leitstelle tritt danach sofort bis in die Interspinallinie. Infolge guter Preßwehen erfolgt um 19,45 Uhr die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen Kindes nach dem Mechanismus der rechten Hinterhauptslage mit einem Geburtsgewicht von 3150 gr. und einer Länge von 50 cm. Placenta folgt 5 Min. post partum. Geburtsdauer 25 Stunden 45 Minuten. Gesamtblutverlust 100 gr.

Fall 20. Nr. 438/1937. 28 jährige I. para, III. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: 1934 Abort mens III—IV. 1935 Frühgeburt mens V, Blasenmole.

Aus dem Allgemeinbefund: Mäßige Oedeme beiderseits, systolisches Geräusch an der Herzspitze. Puls 82, RR 165, 100, Temp. 37,6° rectal. Im Urin Eiweiß in Spuren.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 29. 8. 36, wonach die Geburt am 5 .5. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 98 cm, kindliche Herztöne 136 bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 27 cm, dist. crist. 29 cm, dist. troch. 31 cm, conj. externa 18 cm, conj. vera 7,8 cm n. G. B. Am 5. 5. 37

um 17 Uhr war die Patientin von der Hebamme einmal vaginal außerhalb der Klinik untersucht worden.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 5. 5. 37 um 20,30 Uhr mit mäßig bis guten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Die Blase ist um 17 Uhr gesprungen. Da der Kopf seitdem nicht tiefer getreten ist, wurde die Frau der Klinik überwiesen. Die Patientin hat den dringenden Wunsch nach einem lebenden Kinde. Eine Rö.-Veramessung ergibt korrigiert 7,7 cm. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. kleinhandtellergroß, Blase gesprungen, Leitstelle steht mit querer Pfeilnaht einen Querfinger über der Interspinallinie, große Kopfgeschwulst. Wegen beginnender Schädigung des Kindes — die kindl. Herztöne sind unmittelbar nach der Aufnahme auf 160 pro Min. angestiegen — und wegen dringenden Wunsches nach lebendem Kinde wird trotz langen Geburtsverlaufes, und trotzdem die Blase frühzeitig gesprungen ist, eine Sectio beschlossen, zumal der Ehemann sehr groß ist, und damit der Verdacht auf ein großes Kind besteht. Um 22 Uhr wird mit der Narcylennarkose begonnen. Beim Aufstecken des Bauchtuches wird festgestellt, daß der Kopf zu einem großen Teil in's Becken eingetreten ist. Um 22,15 Uhr steht die Leitstelle in der Interspinallinie. Die Herztöne bewegen sich um 160 pro Min. Der Kopf tritt tiefer, sodaß die Leitstelle um 23,03 Uhr fast den Beckenboden erreicht hat. Die Herztöne fallen zur Norm ab. Um 23,25 Uhr wird zur Anregung der Wehentätigkeit 0,4 ccm Orasthin gegeben, trotzdem bleiben die Wehen schlecht. Am 6. 5. 37 0,10 Uhr Kopf in der Tiefe sichtbar, nochmals 0,4 Orasthin und 0,4 Thymophysin zur besseren Wehentätigkeit gegeben. Daraufhin erfolgt um 0,46 Uhr die Spontangeburt eines blau-asphyktischen, apnoischen Kindes nach dem Mechanismus der linken Hinterhauptslage. Nach 3 Minuten atmet das Kind und nach weiteren 10 Minuten schreit es. Geburtsgewicht 3120 gr, Länge 51/51 cm. 39 Minuten p. p. folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Geburtsdauer 32 Stunden 36 Minuten. Gesamtblutverlust 50 gr.

Fall 21. Nr. 487/1937. 27 jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o. B. Aus dem Allgemeinbefund: Die Patientin ist 142 cm groß. Sie hat geringe Oedeme an beiden Unterschenkeln. Puls 80, RR 105/75, Temp. 37,1° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 1. 9. 36, wonach die Geburt am 8. 6. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 89 cm, kindliche Herztöne 124 pr. Min., unregelmäßig bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 21,5 cm, dist. crist. 24,5 cm; dist. troch. 30 cm, conj. ext. 18,0 cm; conj. vera 8,8 cm, n. G. B. Rö-vera 8,5 cm.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 24. 5. 37 um 11,50 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: rechte Schädellage, Kind lebt. Befund: Um 13,10 Uhr (rectal): MM. geschlossen, Cervix dick, Kopf dem Beckeneingang aufgepreßt und springt über die Symphyse stark vor. Nach den äußeren Beckenmaßen und nach der Rö. Veramessung liegt ein enges Becken II.° vor (Rö.-vera 8,5 cm). Die kindlichen Herztöne schwanken in der Zeit zwischen 12 und 13 Uhr zwischen 145 und 180 pr. Minute trotz mehrfacher Cardiazolgaben (je 1 ccm i. m.). In der Zeit von 18-22 Uhr sinken die kindlichen Herztöne auf 70 mit zeitweiliger Erholung ab. Ein Vorschlag der Geburtsleitung zur Sectio wird von der Patientin abgelehnt. (Um 23 Uhr beim Einsetzen guter Wehen will nunmehr die Patientin den Kaiserschnitt haben, damit sie keine Schmerzen mehr habe). Trotz 9 ccm Cardiazol i. m. insgesamt tritt keine Besserung der kindlichen Herztöne im Wesentlichen ein. Erst nach Eintritt des Kopfes in's Becken bessern sich die kindl. Herztöne (3,15 Uhr) und um 4,15 Uhr 1. Preßwehe, sodaß es um 5,50 Uhr zur Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 49/50 cm langen, 2930 gr schweren Kindes nach dem Mechanismus der linken Hinterhauptslage. Nach weiteren 7 Minuten folgt die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Gesamtblutverlust 70 gr, Geburtsdauer 17 Stunden 20 Minuten.

Fall 22. Nr. 501/37. 25 jährige I. para, I. gravida.

Anamnese: o. B.

Aus dem Allgemeinbefund: Körpergröße 153 cm, mäßige Oedeme an beiden Unterschenkeln. Puls 88 pro Minute. RR 125/70, Temp. 37,1° rectal.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 26. 8. 36, wonach die Geburt am 2. 6. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 93 cm, Beckenmaße: Dist. spin. 24,5 cm; dist. crist. 27 cm; dist. troch. 30,5 cm; conj. ext. 17,5 cm; Conj. vera 9,5 cm n. G. B. Die kindlichen Herztöne betrugen 130 pro Minute bei der Aufnahme.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 29. 5. 37 um 9,55 Uhr ohne Wehen mit vorzeitigen Blasensprunge zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, enges Becken I.°. Rectalbefund: MM. einmarkstückgroß, dick, Kopf vorangehender Teil steht beweglich über dem Beckeneingang. Um 11 Uhr bei immer noch beweglichem Kopfe und ohne Wehen steigen die kindlichen Herztöne auf 170 pro Minute, woraufhin 1 ccm Cardiazol i. m. gegeben wird. Die kindlichen Herztöne schwanken bis 13 Uhr zwischen 170,150, 170. Nabelschnurumschlingung? Sectio erwogen. Um 13,20 Uhr setzen mäßig bis gute Wehen ein. Der Kopf stellt sich über dem Beckeneingang ein, und die Herz-

töne bessern sich. Um 16 Uhr werden wegen schlechter Wehentätigkeit einige Cardiazol-Chininbohnen gegeben. Daraufhin verschlechterung der kindl. Herztöne. Im weiteren Geburtsverlauf noch mehrmaliges vorübergehendes Ansteigen der kindl. Herztöne auf über 160, um dann schließlich zur Norm abzufallen. Um 17 Uhr ist der MM. immer noch nicht weiter eröffnet. Auf sechsmal je eine Cardiazol-Chininbohne treten mäßige Wehen auf, sodaß am 30. 5. um 0,25 Uhr bei fast völligem MM. die Leitstelle 1—2 Querfinger unter der Interspinallinie steht. 20 Minuten später 1. Preßwehe und 0,53 Uhr ist der Kopf in der Tiefe sichtbar, sodaß um 1,19 Uhr die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 3170 gr schweren, 51/52 cm langen Kindes kommt, nach dem Mechanismus der LHHL. Nach 32 Minuten folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Duncan. Geburtsdauer 6 Std. 24 Min. Gesamtblutverlust 50 gr.

Fall 23. Nr. 528, 1937. 36 jährige V. para, VII. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Der Ehemann leidet an einer Tbc. pulmonum. Die Patientin selbst hat 3 Wochen vor der Aufnahme eine Rippenfellentzündung gehabt, Dämpfung rechts noch feststellbar.
I. partus 1923, 5 Wochen ante terminum bei guter Wehentätigkeit nach einer Geburtsdauer von einem Tag durch Forceps beendet, Kind lebt.
Zweitens 1928 Abort mens IV.
III. Partus 1921, rechtzeitig, gute Wehentätigkeit, Geburtsdauer 12 Stunden, Nabelschnurvorfall, Kind tot (4250 gr).
IV. partus 1932, rechtzeitig, gute Wehentätigkeit, Geburtsdauer 4 Stunden, innere Wendung, lebend geboren, 3250 gr., Kind starb nach 3 Monaten an einer tuberkulösen Hirnhautentzündung.
V. partus 1933 ,zwei Monate ante terminum. Geburtsdauer 5 Stunden, Nabelschnurvorfall, Kind tot, 1620 gr.
VI. 1935 Abort mens 4.
Von 6 Graviditäten ist 1 Kind noch am Leben.
Aus dem Allgemeinbefund: Körpergröße 148 cm, keine Zeichen für Rachitis. Oedeme an den Beinen und starke Varicenbildungen am rechten Unterschenkel. Puls 76, RR 115/70, Temp. 37,7° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 15. 9. 36, wonach die Geburt am 22. 6. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 110 cm, kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 27,5 cm; dist. crist. 28,5 cm; dist. troch. 29,5 cm; conj. ext. 18,0 cm; conj. vera, 1935 gemessen, 8,0 n. G. B. (und jetzt post part. gemessen von 7,1 cm).
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 6. 6. 37 etwa 16 Tage ante Terminum um 24 Uhr zur Kreißsaalaufnahme. Diag-

nose: Linke, dorsoanteriore Querlage. Kind lebt. Enges Becken II.°. Da durch rectale Untersuchung der MM. nicht getastet werden kann, wird vaginal untersucht: MM. kleinhandtellergroß, Becken leer. Es wird beschlossen, bei eröffnetem MM. die Wendung zu machen. Bei mäßigen Wehen springt um 2 Uhr die Blase, wobei etwa drei Liter klare Flüssigkeit abfließen. MM. fünfmarkstückgroß. Nach Abfluß des Fruchtwassers ist es möglich, durch äußere Handgriffe eine linke Schädellage mit zentriertem Kopf herzustellen. Die Patientin wird auf die linke Seite gelagert. Ab 3 Uhr sind die kindl. Herztöne auf 160 pro Minute angestiegen und werden um 4 Uhr nach der Wehe sehr langsam. Sie erholen sich auch nur sehr langsam. Trotz Linkslagerung ist der Kopf nach links abgewichen. Es wird daher bei handtellergroßem MM. der Beschluß zur Wendung gefaßt: Eingehen mit der linken Hand, Abschieben des Kopfes, Herunterholen des vorderen Fußes, wobei ein Konvolut von Nabelschnurschlingen innerhalb des MM. zu liegen kommt mit etwa 140 Pulsationen. Die Extraktion und Impression des nachfolgenden Kopfes gelingt ohne Mühe. Das blau asphyktische Kind kann mittels Tracheakatheters von seinem aspierierten Fruchtwasser befreit werden. Es schreit nach 15 Minuten. Geburtsgewicht 3140 gr, Länge 50/50 cm. Auf 1 ccm Pituchinol i. v. folgt 8 Min. p. p. die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Versorgung des erfolgten Cervixrisses. Die anschließende Veramessung nach Gauß-Bilicky ergibt eine conj. vera von 7,1 cm. Geburtsdauer 10 Stunden 31 Minuten. Gesamtblutverlust 250 gr.

Fall 24. Nr. 589/1937. 25 jährige III. para, II. garvida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. partus 1933, rechtzeitig, Geburtsdauer 8 Stunden, spontan, Geburtsgewicht 2250 gr, Kind lebt. Placentarretention .
II. partus 1935, rechtzeitig, Geburtsdauer 24 Stunden, spontan, 4000 gr, Kind lebt.
Aus dem Allgemeinbefund: Varicenbildung an der Innenseite der Unterschenkel, mäßig vergrößerte Struma, Nabelbruch.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation Mitte bis Ende September 1936. Geburt von etwa 7.—22. 6. 37 zu erwarten. Größter Leibesumfang 113 cm, kindl. Herztöne bei der Aufnahme 140 pro Minute, wenig regelmäßig.
Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 28 cm; dist. troch. 31 cm; conj. externa 21 cm.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 28. 6. 37 zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Blasensprung nicht sicher, aber wahrscheinlich erfolgt. 19,20 Uhr steigen die kindl. Herztöne auf 180 pro Minute, fallen auf 1 ccm

Cardiazol i. m. ab, um nach 25 Minuten wiederum anzusteigen. Um 21,05 Uhr sinken die kindlichen Herztöne ohne merkbare Wehen auf 80 pro Minute ab. Auf 1 ccm Cardiazol i. v. steigen die kindlichen Herztöne auf 130 pro Minute an. 21,35 Uhr wiederum Abfall der kindl. Herztöne auf 84 pro Minute. Die Patientin trägt deutlich neuropathische Züge und verspürt Todesangst. Vasoneurotische Symptome. Bei weiterhin leichter Wehentätigkeit bleiben die kindl. Herztöne sehr schwankend und werden erst am 29. 6. um 3 Uhr regelmäßiger. Gleichzeitig setzen regelmäßige Wehen ein. Um 7,20 Uhr springt die Blase, wobei wenig klares Fruchtwasser abfließt. 7,25 Uhr erste Preßwehe, 7,41 Uhr erfolgt die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 3940 gr schweren, 52 53 cm langen Kindes nach dem Mechanismus der LHHL. 12 Minuten später folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Gesamtblutverlust 80 gr. Geburtsdauer 14 Stunden 51 Minuten.

Fall 25. Nr. 690/1937. 32 jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o. B.
Aus dem Allgemeinbefund: starke Adipositas. Sehr starke Oedeme im Gesicht, an den Unterschenkeln, an den Bauchdecken. Bronchitis. Puls 104, RR 150/100. Temp. 37° rectal. Mäßige Strumavergrößerung, stark erschwerte Atmung. Im Urin starker Eiweißgehalt. Sediment: Leukozyten + +; Erythrozyten + +; granulierte Zylinder.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 20. 10. 36, wonach die Geburt am 27. 7. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 121 cm, kindliche Herztöne 128 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 29 cm; dist. troch. 31 cm; conj. ext. 20,5.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 4. 8. 37 um 9,45 Uhr ohne Wehen zur Klinikaufnahme, draußen nach Angabe der Hebamme einen eklamptischen Anfall gehabt. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. 8 Tage post terminuum, alte I. para, Eklampsie. Da die Patientin sehr unruhig ist, bekommt sie Pernokton. Es besteht der Verdacht auf ein Lungenoedem. Der zugezogene Internist bestätigte dieses. Aderlaß von 500 ccm, wodurch die Atmung freier wird. Blutdruck 150/100. Die Patientin wird weiterhin unter Pernocton gehalten; der Blutdruck steigt nicht über 160. Um 24 Uhr treten leichte Wehen auf. Um 1,20 ist der MM. kleinhandtellergroß, der Kopf steht noch beweglich über dem Beckeneingang. Um 4,10 Uhr steigen die kindlichen Herztöne auf 172 pro Minute mekoniumhaltiger Fruchtwasserabgang wird beobachtet. Der MM. ist um 4,45 Uhr völlig. Die Leitstelle steht immer noch 2 Querfinger über der Interspinal-

linie. Auf Cardiazol werden die kindlichen Herztöne wieder regelmäßig, der Kopf tritt tiefer. Um 7 Uhr sind die kindlichen Herztöne wegen starker Unruhe der Patientin schlecht zu hören. Die Leitstelle steht um diese Zeit zwei Querfinger unter der Interspinallinie, und zwar im queren Durchmesser. Es wird aus mütterlicher und kindlicher Indikation die Beckenausgangszange. Anlegen der Zange im linken schrägen Durchmesser, Zug, Rotation und Entwicklung des Kopfes. Das so geborene Kind ist schläfrig (Pernocton), aber nicht asphyktisch. Geburtengewicht 3570 gr, Länge 50/49 cm. 5 Min. p. p. folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Gesamtblutverlust 70 gr, Geburtsdauer 7 Stunden 12 Minuten.
Wegen des bestehenden Lungenoedems lehnte die Geburtsleitung die in Erwägung gezogene Schnittentbindung ab, zumal nach den Angaben des Internisten eine Inhalationsnarkose als kontraindiziert angesehen werden mußte.

Fall 26. Nr. 741/1937. 21 jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o. B.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80, RR 120/75, Temp. 37,1° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 16. 11. 36, wonach die Geburt am 23. 8. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 96 cm, kindliche Herztöne 140 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 27 cm; dist. troch. 33 cm; conj. ext. 19 cm; conj. vera 7,7 cm n. G. B. Rö.-vera 8,3 cm.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 24. 8. um 5,10 Uhr mit vorzeitigem Blasensprung zur Kreißsaalaufnahme. Eine um 9 Uhr vorgenommene Rö.-Aufnahme ergibt die Rö.vera von 8,3 cm und bestätigt damit das vorher angenommene enge Becken. Ferner wird eine hintere Scheitelbeineinstellung festgestellt. Gleichzeitig wird die vorherige Feststellung, daß das Kind nicht allzugroß sein kann, durch die Röntgenaufnahme bestätigt. Die Unterhandlung betreffs einer Sectio führen zu keinem eindeutigen Ergebnis. Die Haltung des Ehepaares ist eher ablehnend. Im Bezug auf das Ergebnis der Rö.vera und des relativ kleinen Kopfes wird beschlossen abzuwarten. Die sehr häufigen Wehen sind kurz und wenig wirksam. Daher wird zwölf Stunden nach Blasensprung viermal je eine Cardiazol-Chininbohne in einstündlichem Abstande gegeben. Am 24. 8. um 19 Uhr ist der MM. immer noch einmarkstückgroß. Wegen Rigidität des MM. wird 1 Belladonna-Exclud-Suppos. verabreicht. Die Eröffnung des MM. geht trotz zeitweiser guter Wehentätigkeit nur sehr langsam vonstatten. Im Laufe des 26. 8. eröffnet sich der MM. auf Fünfmarkstückgröße. Der Kopf be-

ginnt sich zu konfigurieren, ohne daß sich die Assymetrie der Pfeilnaht wesentlich bessert. Zur Unterstützung der Umwandlung wird die Patientin zeitweise auf den Bettrand gesetzt. Am 26. 8. um 9.50 Uhr ist der MM. vollständig, bis auf einen Saum erweitert; die Leitstelle steht einen Querfinger über der Interspinallinie. Die Temperatur steigt auf 39° rectal, starke Erschöpfung der Patientin, foetider Fluor. Die kindl. Herztöne, die im bisherigen Geburtsverlauf zeitweise Steigerungen bis zu 160 pro Minute zeigten, sind seit 10 Uhr über 160 bis 180 angestiegen. Entschluß zum Forceps, nachdem die vaginale Untersuchung folgendes ergab: MM. fast völlig, vorn geschwollener Saum, Leitstelle zwei Querfinger unter der Interspinallinie mit quer verlaufender Pfeilnaht. Der Kopf kommt in der Wehe bis auf den Beckenboden. 18,07 Uhr Anlegen der Opitzzange über Gesicht und Hinterhaupt, Herstellung eines tiefen Querstandes, nach Abnahme der Zange Anlegen der kleinen Straßburger: Rotation und Entwicklung des Kopfes nach Ausführung einer Episiotomie nach dem Mechanismus der LHHL. Das blau asphyktische Kind atmet sofort. Geburtsgewicht 3250 gr, Länge 50,50 cm. Placenta folgt 23 Minuten p. p. spontan nach Schultze und ist sicher vollständig. Gesamtblutverlust 140 gr. Gesamtgeburtsdauer 61 Stunden 12 Minuten.

Fall 27. Nr. 833/1937. 23 jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o. B.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 72; RR 135/90; Temp. 37,2° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 12. 12..36, wonach die Geburt am 19. 11. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 106 cm, kindl. Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 28,5 cm; dist. troch. 32 cm; conj. ext. 19 cm; conj. vera 11 cm, n. G. B.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 4. 10. 37 um 4,30 Uhr mit leichten Wehen und gesprungener Blase zur Kreißsaalaufnahme. Rectalbefund: MM. einmarkstückgroß, Kopf vorangehender Teil, der mit seiner Leitstelle einen Querfinger über der Interspinallinie steht. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Die Wehen sind sehr leicht. Um 19,25 Uhr ist der MM. fünfmarkstückgroß, der Kopf steht 1 Querfinger unter der Interspinallinie. Um 19,30 Uhr steigen die kindl. Herztöne auf 176 pro Minute. Besserung auf Cardiazol, um gegen 20 Uhr wieder auf 172 pro Minute anzusteigen. Wiederum 1 ccm Cardiazol i. v. Die Wehen bleiben mäßig. Am 5. 10. um 2 Uhr ist der MM. kleinhandtellergroß, sehr straff, der Kopf steht 1—2 Querfinger unter der Interspinallinie. Es wird daraufhin ein Belladonna-Exclus-Suppos. gegeben. Um 10,45 Uhr steigen die kindlichen Herztöne wiederum

auf 160 pro Minute, woraufhin 1 ccm Cardiazol i. m. gegeben wird. Um 11 Uhr ist der MM. immer noch erst kleinhandtellergroß. Der Kopf steht 1 Querfinger unter der Interspinallinie. Die Pfeilnaht dreht sich mit der kleinen Fontanelle abwechselnd in Richtung gegen die Symphyse bezw. in Richtung gegen den Mastdarm. Um 12 Uhr besteht eine vordere Scheitelbeineinstellung. Um 12,45 Uhr, 15,25 Uhr, 16,40 Uhr und 17,30 Uhr steigen die kindlichen Herztöne bei sehr schlechten Wehen auf 180 und darüber. Diesesmal erhält die Patientin 1 ccm Cardiazol i. m. Die Geburt geht nicht voran. Um das Tiefertreten des Kopfes zu unterstützen Linkslagerung der Patientin. Die kindl. Herztöne schwanken im Verlaufe der weiteren Geburt größtenteils zwischen 160 und über 180 pro Minute. Um 18,30 Uhr sind die Wehen besser geworden und der MM. bis auf einen dicken Saum erweitert. Der Kopf zeigt die Tendenz sich in hintere HHL. einzustellen. Um 20,20 Uhr ist der MM. verstrichen, die Pfeilnaht steht wieder im queren Durchmesser bei guter Wehentätigkeit. Die Herztöne bleiben weiterhin zwischen 160 und 180 pro Minute. Um 23,25 Uhr schwanken die Herztöne zwischen 170 und 120. Danach Rückkehr derselben zur Norm, weswegen die jetzt in Aussicht genommene Entbindung mittels Forceps verworfen wird. Am 6. 10. um 1,35 Uhr wiederum Anstieg der kindlichen Herztöne auf 168. Der kindliche Kopf steht jetzt auf dem Beckenboden, wobei die Pfeilnaht fast völlig um den graden Durchmesser rotiert ist. Um 2,01 Uhr erfolgt die Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, nicht geschädigten Kindes, mit einem Geburtsgewicht von 3650 gr, und einer Länge von 51/51 cm nach dem Mechanismus der LHHL. Auf 1 ccm Pituchinol i. v. folgt die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze 19 Min. post. partum. Gesamtblutverlust 200 gr. Geburtsdauer 50 Stunden.

Fall 28. Nr. 925/1937. 30jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nur die Tatsache bemerkenswert, daß die Patientin unregelmäßige Menstruationen hat, etwa alle3-4 Wochen von 5—6tägiger Dauer.

Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80; RR 125/90; Temp. 36,7° rect.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 4. 2. 37, wonach die Geburt am 11. 11. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 88 cm. Kindliche Herztöne 136 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 27 cm; dist. troch. 28,5 cm; conj. externa 18,5 cm; conj. vera 10,0 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 15. 11. 37 um 2,30 Uhr mit mäßigen Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. geschlossen, Kopf vor-

liegender Teil, der mit seiner Leitstelle 1 Querfinger über der Interspinallinie steht. Das Steißbeinende springt vor. Bei mäßigen Wehen um 12,15 Uhr vorübergehend feststellbar eine vordere Scheitelbeineinstellung. Um 15,05 Uhr wird ein Dilaudid Suppos. gegeben. Um 15,10 Uhr wird eine Vorderhauptseinstellung festgestellt. Die Wehen sind gut. Patientin stöhnt und atmet frequent. 18,55 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne zwischen 96 und 100. 19 Uhr vaginale Untersuchung: MM. kleinhandtellergroß, sehr straff, Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle rechts zu fühlen. Wegen der schwankenden kindlichen Herztöne werden Cardiazolgaben verabreicht (3 ccm insgesamt). Wegen des straffen MM. wird ein Belladonna-Suppos. gegeben. Trotz Cardiazol bleiben die Herztöne hoch und am 16. 11. um 3 Uhr ist der MM. immer noch kleinhandtellergroß. Die Wehen sind gut, haben aber an Frequenz nachgelassen. Wegen Erschöpfung der Patientin 1 ccm Dilaudid i. m. Um 6 Uhr beginnen die Wehen wieder bei nunmehr normalen kindlichen Herztönen. Um 12 Uhr geht mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab. Der MM. ist um diese Zeit immer noch kleinhandtellergroß. Aus mütterlicher, sowie kindlicher Indikation wird beschlossen, die Geburt durch Forceps zu beenden, obwohl der MM. noch nicht vollständig erweitert ist. Es sollen MM-Incisionen angelegt werden. Rectalbefund: MM. kleinhandtellergroß, Pfeilnaht verläuft etwa im II. schrägen Durchmesser. Anlegen der Gaußschen Zange wie beim rechten tiefen Querstand, der Kopf dreht sich hinein, sodaß mit Vierteldrehung die Pfeilnaht gerade steht. Der MM. ist straff. Es wird eine Y-förmige Incision von 1—2 cm Länge gemacht, danach extrahiert. Unter Anlegung einer Episiotomie wird die völlige Extraktion ausgeführt. Es wird ein lebensfrisches, reifes Kind, das sofort nach Luft schnappt und bald darauf schreit nach dem Mechanismus der RHHL. geboren. Geburtsgewicht 2820 gr, Länge 49/50 cm. Placenta sicher vollständig, folgt vier Minuten p .p. spontan nach Schultze. Bei der MM-Inspektion stellt sich heraus ,daß die Incisionen an der vorderen MM-Lippe circa 6 cm weit eingerissen sind, nicht bluten, und daß hinten kein Riß erfolgt ist. Versorgung derselben und der Episiotomie. Gesamtblutverlust 250 gr. Geburtsdauer 39 Stunden 22 Minuten.

Fall 29. Nr. 944/1937. 26 jährige II .para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. partus 1936 Frühgeburt mens VII—VIII, Geburtsdauer 3—4 Tage infolge Wehenschwäche. Kind 1570 gr. schwer, 42/423 cm lang starb nach einem Tage.

Aus dem Allgemeinbefund: Starke Varicenbildung am rechten Ober- und Unterschenkel und an der Vulva. Puls 120 pro Minute.

RR 110/70, Temp. 37,4° rectal. Urin: Eiweiß in Spuren. Im Sediment finden sich Bakterien und Epithelien.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation Mitte Februar 1937, wonach die Geburt Ende November 1937 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 105 cm, kindliche Herztöne 140 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 28 cm; dist. troch. 30 cm; conj. ext. 18 cm; Rö-vera 8,2 cm; conj. vera 7,8 cm n. G. B.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 20. 11. 37 um 9,30 Uhr mit gesprungener Blase ohne Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: rechte Schädellage, Kind lebt, vorzeitiger Blasensprung, enges Becken. Die Rö-veramessung ergibt 8,2 cm. Bei der rectalen Untersuchung wird eine hintere Scheitelbeineinstellung festgestellt. Der Patientin wird daher eine Sectio vorgeschlagen, die sie jedoch ablehnt. Am 21. 11. um 0,35 Uhr ist nach einer Cardiacol-Chininbohnenkur und Pituchinolgabe die Wehentätigkeit angeregt worden, sodaß der MM. um diese Zeit zweimarkstückgroß ist und der Kopf mit seiner Leitstelle drei bis vier Querfinger über der Interspinallinie steht. Die Wehen werden allmählich wieder schwächer, sodaß eine erneute Kur zur Anregung durchgeführt wird, die keinen Fortschritt zu verzeichnen hat. Um 21,45 Uhr Abgang von viel stark mekoniumhaltigem Fruchtwasser. Wehen bessern sich. Am 22. 11. um 9,07 Uhr ist der MM. kleinhandtellergroß, während der Kopf immer noch in hinterer Scheitelbeineinstellung steht, trotzdem die Patientin aufsteht und zum Teil vornübergebeugt sitzt. Der kindliche Kopf rückt nicht tiefer. Abgang mekoniumhaltigen Fruchtwassers den ganzen Tag über. Kein wesentlicher Geburtsfortschritt. Am 23. 11. um 12,50 Uhr wird am MM. bei rectaler Untersuchung ein Saum gefühlt. Es besteht immer noch eine hintere Scheitelbeineinstellung. Der Kopf steht drei Querfinger über der Interspinallinie. Die Wehen sind leicht. Um 23,35 Uhr werden die Wehen kräftig. Es wird nun im Querbett bei jeder Wehe Walcher'sche Hängelage angewandt, sodaß der kindliche Kopf in kurzer Zeit deutlich tiefer tritt, wobei die Geburtsgeschwulst schließlich in Höhe der Interspinallinie steht. Die Pfeilnaht wandert jedoch noch weiter unter die Symphyse. Die kindlichen Herztöne sinken auf 80—100 pro Minute ab, sodaß der obige Versuch mit der Walcher'schen Hängelage unterbrochen wird, zumal keine spontane Geburt bei der hinteren Obliquität zu erwarten ist. Am 24. 11. um 0,10 Uhr hat sich folgendes bei einer vaginalen Untersuchung ergeben: MM. völlig Pfeilnaht quer, fast hinter der Symphyse. Das hintere Scheitelbein ist über das vordere geschoben und die Geburtsgeschwulst ist in der Interspinallinie zu tasten. Eine Kathetrisierung der Harnblase ist nicht mehr möglich. Um 6 Uhr wird wiederum Walcher'sche

Hängelage angewandt, was zur Folge hat, daß die kindlichen Herztöne zwischen 170 und 70 schwanken. Der kindliche Kopf ist nicht tiefer getreten. Um 7,30 Uhr 1 ccm Dilaudid wegen der starken Unruhe der Patientin und starker Schmerzhaftigkeit der Wehen. Es scheint sich ein Bandl'scher Kontraktionsring auszubilden. Am 24. 11. um 8,35 Uhr Rectalbefund: MM. vollständig, Kopf mit seiner Leitstelle 2 Querfinger unter der Interspinallinie, während der Wehe ist eine große Kopfgeschwulst zu fühlen. Bei der um 9,15 Uhr vorgenommenen vaginalen Untersuchung stellt sich dann heraus, daß eine Stirnlage vorliegt. Die Naht, die gefühlt wird, ist die stark konfigurierte Stirnnaht. Es wird nun die Gauß'sche Zange im linken schrägen Durchmesser angelegt. Danach wird unter gleichzeitiger Rotation extrahiert; die Entwicklung erfolgt typisch aus Stirnlage. Nach Anlegung einer Episiotomie wird um 9,37 Uhr ein blau asphyktisches Kind geboren, das nach Wiederbelebungsversuchen 10 Minuten später schreit. Geburtsgewicht 3700 gr, Länge 56/57 cm. Das Kind zeigt eine starke Kopfgeschwulst auf dem linken Vorderhaupt und der linken Stirnseite, sowie eine Druckmarke von fast fünfmarkstückgröße auf dem rechten Schläfenbein. Auf den Lidern beider Augen zeigen sich geringe Epitheldefekte. Scheide und MM. sind intakt. 20 Minuten p. p. folgt die sicher vollständige Placenta nach Duncan. Gesamtblutverlust 500 gr, Geburtsdauer: 3 Tage und 11 Stunden (= 83 Stunden 22 Minuten).

Fall 30. Nr. 996/1937. 27 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: I. partus 1934. Rechtzeitig, gute Wehentätigkeit, Beendigung der Geburt durch Forceps, Kind lebt, Geburtsgewicht 4000 gr. Die Patientin gibt ferner an, 3 Wochen vor der Klinikaufnahme an Gesichtsrose gelitten zu haben.

Aus dem Allgemeinbefund: Körpergröße 149 cm, Gewicht 79 kg, Puls 68, RR 130/90, Temp. 37,2° rectal.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 2. 3. 37, wonach die Geburt am 9. 12. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 111 cm, kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 28 cm; dist. troch. 31,5 cm; conj. externa 20,5 cm.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 6. 12. 37 um 11 Uhr ohne Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. für eine Fingerkuppe durchgängig, Kopf beweglich im Beckeneingang. Infolge mangels an Wehentätigkeit Verlegung auf Station. Wiederaufnahme auf den Kreißsaal am 7. 12. um 17,30 Uhr, weil angeblich die Blase gesprungen war. 19 Uhr Auftreten leichter Wehen, die bis zum

8. 12. mit Unterbrechung leicht bleiben. Um 12,50 Uhr steigen die bis dahin normalen kindlichen Herztöne ganz plötzlich auf 192 pro Minute an, nachdem die Patientin aufgestanden war. Patientin wird sofort gelagert und das Becken hochgelagert, da der Kopf immer noch beweglich im Beckeneingang bei 2—3markstückgroßem Muttermund steht. In Anbetracht der Gefährdung des Kindes wird die Patientin darauf aufmerksam gemacht, daß, falls sie dringend ein lebendes Kind wünscht, ein Kaiserschnitt nötig werden kann. Die Patientin lehnt diesen ab. Die Wehen bleiben mäßig, während die kindlichen Herztöne immer wieder auf über 160 pro Minute ansteigen. Um 22 Uhr Besserung der Wehentätigkeit. Wegen Schmerzen 1 ccm Dilaudidsuppos. Am 9. 12. sind die Wehen mäßig und um 1,45 Uhr steigen die inzwischen zur Norm abgesunkenen kindlichen Herztöne auf 168 pro Minute an. Um 2,35 Uhr ist der MM. fünfmarkstückgroß, der Kopf steht 1—2 Querfinger über der Interspinallinie. Erst jetzt (3 Uhr) springt die Blase, gleichzeitig Einsetzen von Preßwehen, MM. völlig, während der Kopf noch immer 1—2 Querfinger über der Interspinallinie steht. Um 3,05 Uhr jedoch wird der Kopf in der Tiefe sichtbar, sodaß um 3,07 Uhr die Spontangeburt eines reifen, lebensfrischen 2840 gr schweren, 47/48 cm langen Kindes nach dem Mechanismus der rechten HHL. erfolgt. Auf 1 ccm Pituchinol folgt 13 Minuten p. p. die sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Gesamtblutverlust 80 gr. Geburtsdauer 32 Stunden 7 Minuten.

Fall 31. Nr. 222/1938. 28 jährige I.para, I. gravida.
Anamnese o. B.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80; RR 140/95; Temp. 37,2° rect.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 2. 6. 37, wonach die Geburt am 9. 3. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 92 cm, kindliche Herztöne 152 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 30 cm; conj. ext. 17,5 cm; conj. vera 8,9 cm.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 2. 3. 38 mit gesprungener Blase um 13 Uhr zur Kreißsaalaufnahme ohne Wehen. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, enges Becken, vorzeitiger Blasensprung. Rectalbefund: MM. geschlossen, Kopf beweglich über dem Becken. Rö-veramessung ergibt 9,7 cm. Röntgenologisch kann kein offenbares Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken festgestellt werden. Um 17 Uhr Wehenbeginn, um 20,30 Uhr sind die kindlichen Herztöne sehr schwankend und sehr unregelmäßig (160/100 pro Minute), wobei der MM. erst für eine Fingerkuppe durchgängig ist. Der Kopf ist in's Becken eingetreten. Auf insgesamt 4 ccm Cardiazol keine wesentliche

Besserung der kindlichen Herztöne. Trotzdem soll abgewartet werden. Am 3. 3. lassen die Wehen an Stärke nach. Um 0,05 Uhr ist der MM. einmarkstückgroß, der Kopf steht zwei Querfinger über der Interspinallinie und die kindlichen Herztöne sind weiterhin schwankend. Um 12 Uhr haben die Wehen nachgelassen, die kindlichen Herztöne sind seit 6 Stunden normal. Wehenanregung mit Pituchinol und Cardiazol-Chininbohnen, sodaß die Wehen für kurze Zeit mittelmäßig sind. Am 4. 3. um 4 Uhr erneut Pituchinol Wehenschema wegen Sistierens der Wehentätigkeit. Um 10 Uhr 0,5 ccm Thymophydin i. m. Um 11,50 Uhr Beschluß, die Geburt mit Forceps zu beenden, wenn die kindlichen Herztöne noch einmal schwanken. Um 14,20 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen reifen, 51/50 cm langen, 3000 gr schweren Kindes aus LHHL. Es blutet 400 gr bei liegender Placenta. Uterus steigt, Credé ohne Narkose, Placenta folgt nicht. 400 gr Blut werden exprimiert. Credé in Narkose, Placenta folgt nicht sicher vollständig. Nachtastung, die mehrere Walnußgroße Gewebsstücke zutage fördert. RR 95/75, weswegen 400 ccm Sterofundin mit 2 ccm Sympatol infundiert werden. Besserung des Pulses. Veramessung 8,9 cm n. G. B. Gesamtblutverlust 1080 gr, Geburtsdauer 44 Stunden, 24 Minuten.

Fall 32. Nr. 309/1938. 31 jährige IV. para, IV. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu ersehen: 1931 erster partus, spontan nach 7 Stunden. Geburtsgewicht 1700 gr. Kind lebt. 1935 zweiter partus nach $13^1/_2$ stündiger Geburtsdauer. Beendigung der Geburt durch Forceps. Geburtsgewicht 3750 gr, Kind lebt. 1937 dritter partus nach 23 stündiger Geburtsdauer spontan. Geburtsgewicht 3110 gr, Kind 8 Wochen p. p. gest.

Aus dem Allgemeinbefund: Geringe Oedeme an beiden Unterschenkeln. Puls 76, RR 140/85, Temp. 37,2° rectal. Hb. 75 n. S.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 6. 6. 37, wonach die Geburt am 14. 3. zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 102 cm, kindliche Herztöne 140 bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 29 cm; dist. crist. 30 cm; dist. troch. 33 cm; conj. ext. 18 cm; Rö-vera 8,2 cm; conj. vera 7,8 cm n. G. B. Promontorium rectal erreichbar, Kopf springt über die Symphyse vor.

Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 20. III. 38 mit schlechten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: rechte Schädellage, Kind lebt, enges Becken II.°. Rectalbefund: MM. geschlossen, Kopf beweglich über dem Becken. Wegen schlechter Wehentätigkeit Verlegung auf Station. Wiederaufnahme auf dem Kreißsaal am 22. III. 5,15 Uhr; 6 Stunden nach Blasensprung ist der Kopf fest auf dem Becken aufgepreßt, springt mäßig vor, ist sehr hart. Rö-Aufnahme: Da kein ausgesprochenes Mißverhältnis zwi-

schen kindlichen Kopf und mütterlichen Becken besteht, und da außerdem die vordere Scheitelbeinschuppe sich ideal über die hintere Scheitelbeinschuppe darüberschiebt und die Pfeilnaht in der Führungslinie liegt, wird von einer Sectio abgesehen. Zur Wehenanregung Cardiazol-Chininbohnen ohne Erfolg.. Um 22 Uhr Besserung der Wehen, ohne daß die Geburt einen Fortschritt macht. Am 23. 3. um 4 Uhr geht stark mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab. Der MM. saumbreit. Kopf immer noch 2—3 Querfinger über der Interspinallinie. Nochmalige Wehenanregung durch Cardiazol-Chininbohnen. Um 16,20 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne zwischen 158 und 100 pro Minute. Daher vaginale Untersuchung: Kopf 2 Querfinger über der Interspinallinie, sehr stark konfiguriert, es wölbt sich eine prall gefüllte Cystocele mit der vorderen Vaginalwand vor. Patientin ist sehr unruhig und erschöpft. Trotz der stark wechselnden kindlichen Herztöne wird versucht, durch Walcher'sche Hängelage den Eintritt des Kopfes zu erzwingen, ohne Erfolg. Um 18,50 Uhr, um die Geburt zu erzwingen, bezw. das Absterben des Kindes zu beschleunigen, wird die Kopfschwartenzange angelegt, und zwar so symphysennah wie nur möglich, um die vordere Scheitelbeineinstellung weiter zu begünstigen. Vorher Katheterismus, um ein Geburtshindernis durch die Cystocele zu beseitigen. Belastung des Kopfes mit 850 gr. Nach Anlegen der Kopfschwartenzange schwanken die kindlichen Herztöne sehr stark, weswegen um 19 Uhr 1 ccm Cardiazol i. m. gegeben wird. Zur Förderung der Wehentätigkeit wird Pituchinol gegeben. Um 20,30 Uhr wird der Kopf in der Tiefe sichtbar und die Kopfschwartenzange abgenommen. 20.39 Uhr partus eines reifen, lebensfrischen, 3190 gr schweren, 50/50,5 cm langen Kindes aus RHHL. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 6 Min. p. p. die sicher vollständige Placenta spontan nach Duncan. Das Kind hat einen kaum sichtbaren Biß der Kopfschwartenzange am linken Scheitelbein. Gesamtblutverlust 100 gr. Geburtsdauer 73 Stunden 54 Minuten.

Fall 33. Nr. 502/1938. 33 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: I. partus einige Tage ante term. spontan 1936, Kind lebt. Geburtsgewicht und Länge unbekannt.

Aus dem Allgemeinbefund: Oedeme und Varicen an beiden Unterschenkeln, Puls 84, RR 135/85, Temp. 37° rectal.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation 27. August 37, wonach die Geburt am 4. Juni 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 85 cm, kindliche Herztöne 120 bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch.

31,5 cm; conj. ext. 17,5 cm; conj. vera 7,7 cm n. G. B. Promontorium rectal erreichbar.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 16. 5. um 1,45 Uhr mit leichten Wehen und angeblich gesprungener Blase zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt, enges Becken, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Um 4,30 Uhr Rö.-Veramessung ,die 8,0 cm ergibt. Die der Patientin vorgeschlagene Sectio wird von ihr abgelehnt, weil sie ihr Kind auf natürlichem Wege bekommen will, obwohl ihr gesagt wurde, daß es dann nicht sicher ist, ob das Kind lebend zur Welt kommen kann. Um 8,20 Uhr sinken die kindlichen Herztöne auf 92 pro Minute ab, langsame Erholung auf 1 ccm Cardiazol i. v. Um 8,30 Uhr ist der Kopf bei guter Wehentätigkeit ins Becken eingetreten. 8.45 Uhr erste Preßwehe; Mekoniumabgang. Um 9 Uhr Spontangeburt eines nicht reifen Kindes nach dem Mechanismus der LHHL. Geburtsgewicht 2210 gr, Länge 45/44 cm. Die Nabelschnur war einmal lose um den Hals geschlungen und mußte durchschnitten werden. Auf 1 ccm Pituchinol i. v. folgt 4 Minuten p. p. die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Veramessung: 7,7 cm n. G. B. Gesamtblutverlust 70 gr. Geburtsdauer 3 Stunden 30 Minuten.

Fall 34. Nr. 630 1938. 25 jährige I. para, I. gravida.
Aus der Anamnese ist bemerkenswert, daß Patientin Rachitis gehabt hat.
Aus dem Allgemeinbefund: Rachitische Veränderung am Brustkorb (Rosenkranz). Puls 72, RR 115/75, Temp. 37° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 13. 10. 37, wonach die Geburt am 20. 7. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 97 cm, kindliche Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 26,5 cm; dist. crist. 29 cm; diest. troch. 32 cm; conj. ext. —; conj. vera 8,5 cm n. G. B. Patientin gibt an, außerhalb der Klinik zweimal vaginal von der Hebamme, einmal vaginal vom Arzt untersucht worden zu sein.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 23. 6. mit seit 12 Stunden kräftigen Wehen vom Arzt eingewiesen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt; Rectalbefund: MM. fünfmarkstückgroß, im MM. fühlt man neben dem fest aufgepreßten Kopf eine Hand. Promontorium rectal sehr leicht zu erreichen. Der Beckenausgang ist ebenfalls verengt. Nach Sachlage der Dinge war eine Entbindung mit Kaiserschnitt in Erwähnung gezogen worden. Wegen der vaginalen Untersuchung, der relativen Kleinheit des Kindes wird von ihr Abstand genommen. In Äthernarkose gelingt es verhältnismäßig leicht, den neben den Kopf vorgefallenen Arm zu reponieren. Nach der Reposition ist

der Kopf in hinterer Scheitelbeineinstellung dem Becken fest aufgepreßt. Bei dem Repositionsmanöver ist eine kleine blutende Dammwunde entstanden. Nach einer Stunde setzen wiederum gute Wehen ein, unter denen der Kopf nach 3 Stunden in das Becken eingetreten ist. Um 11,22 Uhr, etwa $8^1/_2$ Stunden nach der Aufnahme Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen, 3020 gr schweren, 52 cm langen Kindes aus rechter HHL. nach Anlegung einer Episiotomie. Auf 1 ccm Pituchinol i. v. folgt die sicher vollständige Placenta nach Duncan. Versorgung der Episiotomie. Gesamtblutverlust 210 gr, Geburtsdauer 19 Stunden 8 Minuten.

Fall 35. Nr. 658/1938. 33 jährige II. para, II. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: 1913 Appendektomie, 1924 Nephritis. 1935 erster Partus 7 Tage p. term. 43-stündige Geburtsdauer, Beendigung der Geburt mittels Forceps wegen Absinkens der kindlichen Herztöne. Kind lebt und hatte ein Geburtsgewicht von 3000 gr.
Aus dem Allgemeinbefund: Oedeme an beiden Unterschenkeln. Varicen am rechten Oberschenkel. Schwangerschaftsexanthem am Unterbauch, Puls 84. RR 135/90, Temp. 37,2° rectal. Kein Eiweiß im Urin.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Die Menses waren vom 19. Lebensjahr an regelmäßig alle 28 Tage, 7—8 Tage dauernd. Seit 1933 unregelmäßig. Im 1. Jahr nach der Heirat sind sie völlig ausgeblieben, dann einmal vorhanden, um wieder 5 Monate auszubleiben. Danach alle 6—8 Wochen. Letzte Menstruation am 18. 9. 37, wonach die Geburt am 25. 6. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 107 cm, kindliche Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 27 cm; dist. crist. 29,5 cm; dist. troch. 31,5 cm; conj. ext. 18,5 cm; conj. vera 7,7 cm n. G. B. Promontorium springt stark vor.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 27. 6. 38 mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Wegen Sistierens der Wehentätigkeit Verlegung auf Station. Am 1. 7. um 21 Uhr Wiederaufnahme auf den Kreißsaal. Diagnose: Linke Schädellage. Kind lebt, enges Becken II.°, Hydramnion, Schwangerschaftsdermatitis (beginnend oberhalb der pubes bis über den Bauchnabel, diffus, kleinfleckig, confluierend, leicht schuppend), Verdacht auf großes Kind. Rö-Aufnahme: Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken bei vorderer Scheitelbeineinstellung. Wegen der bestehenden Dermatitis am Bauch wird die Spontangeburt angestrebt. Am 2. 7. um 1,12 Uhr Blasensprung, Abgang von sehr viel klarem Fruchtwasser, um 18 Uhr ist bei sehr guter Wehentätigkeit der MM. völlig, der Kopf eben im Beckeneingang. Um 18,20 Uhr fallen die kindlichen Herztöne auf 86 ab. Vaginale Unter-

suchung: Kopf fast in der Interspinallinie. Auf 1 ccm Cardiazol i. v. steigen die kindlichen Herztöne auf 100 an und werden danach unregelmäßig und wieder langsam (76 pro Minute). Beschluß zum Forceps: Anlegen der Gauß'schen Zange, Zug im queren Durchmesser, Rotation bis zum graden Durchmesser, Episiotomie, typ. Entwicklung des Kopfes. Um 19,10 Uhr Geburt eines blau asphyktischen Kindes, das auf die Wiederbelebungsversuche hin nach 5 Minuten schreit. Geburtsgewicht 3630 gr, Länge 54/54 cm. Auf 1 ccm Pituchinol i. v. folgt 7 Minuten p. p. die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Veramessung ergibt 7,7 cm n. G. B. Versorgung der Episiotomie, Sanguis 150 gr, Geburtsdauer 20 Stunden 39 Minuten.

Fall 36. Nr. 762/1938. 38 jährige IX. para, X. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: 1925 I. partus. 16 stündige Geburtsdauer, Steißlage. Geburtsgewicht 3500 gr, Kind tot. 1926, 7 Tage post term., II. partus mit 9 stündiger Geburtsdauer spontan. Geburtsgewicht 3600 gr. Kind tot. 1928 III. partus 3 Wochen p. term., 16 stündige Geburtsdauer, Steißlage, Geburtsgewicht 3950 gr, Kind tot. 1929 IV. partus, 4 Wochen p. term., 13 stündige Geburtsdauer, spontan, Gewicht 3600 gr, Kind lebt. 1930 V. partus, 9 Tage post term., 24 stündige Geburtsdauer, Querlage, Kind tot. 1932 Abort Mens II. 1934 VI. partus, 7 Tage post term., Sectio, Kind 7 Wochen p. partum gestorben. 1935 VII. partus 3 Wochen p. term., 16 stündige Geburtsdauer, Kind 16 Monate p. partum an Meningitis gestorben. 1937 VIII. partus, 4 Wochen p. term., 27 stündige Geburtsdauer, Foetus mort. maceratus I.°.
Zusammenfassung: 7 Kinder tot, 1 Abort, 1 Kind lebt.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 88, RR 150/90, Temp. 37,2° rectal. Im Urin Eiweiß in Spuren. Über dem Herzen an der Spitze ein systolisches Geräusch hörbar. WaR negativ.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 22. 10. 37, wonach die Geburt am 30. 7. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 122 cm, Querlage, kindliche Herztöne 124 bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 28 cm; tist. troch. 32 cm; conj. ext. 20 cm.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 2. 8. ohne Wehen mit obengenannter Anamnese (gesprungener Blase und linker dorsoanteriorer Querlage zur Kreißsaalaufnahme. MM. für $^1/_2$ Finger eingängig, Blase gesprungen, kleines Becken leer. Es wird dreimal versucht, äußerlich zu wenden; das mißlingt. In Anbetracht der Anamnese (7 tote Kinder) wird der Patientin die Entbindung durch Kaiserschnitt vorgeschlagen, Ablehnung durch die Patientin, weil ihr durch Sectio geborenes Kind auch gestorben sei. Es setzen ganz

mäßige Wehen ein, die aber am 3. 8. um 7 Uhr aufhören, sodaß bis 13 Uhr Pituchinol in kleinen Dosen gegeben wird. Es treten darauf mäßige Wehen auf, unter denen der MM. für 3 Querfinger durchgängig wird. Danach sistieren die Wehen bis zum 4. 8. Auf 5 Chinetten hin, allstündlich gegeben, treten mässige Wehen auf. Um 13,45 Uhr sind die kindlichen Herztöne stark beschleunigt (170, 180, 190 pro Minute). Die Temperatur ist auf 39,2° rectal angestiegen. Es wird ein Metreurynter eingelegt und mit 600 gr belastet, dazu werden 0,25 ccm Thymophysin i. m. gegeben. Nach 21 Minuten wird der Metreurynter ausgestoßen. In Äthernarkose wird die Wendung auf den rechten Fuß ausgeführt, extrahiert und gleichzeitig exprimiert bis zum Scapularwinkel. Lösung des vorderen Armes vorn, Lösung des hinteren klassisch, Veit-Smelli. 15,24 Uhr partus eines 4000 gr. schweren, 54/55 cm langen, oligipnoischen Kindes, das nach Trachealkathetrismus und Herzmassage 3 Minuten p. p. schreit. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt auf leichten Schub von oben die nicht sicher vollständige Placenta nach Schultze. Nachtastung, bei der ein fünfmarkstückgroßes Placentarstück gewonnen wird. Gesamtblutverlust: 300 gr, Geburtsdauer 39 Stunden 14 Minuten.

Fall 37. Nr. 1033/1938. 34 jährige V. para, VI. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: 1925 erster partus, sectio wegen Gesichtslage bei engem Becken. 3800 gr. schwer, Kind lebt. 1929 zweiter partus, sectio, 4000 gr., Kind lebt. 1930 dritter partus, schlechte Wehentätigkeit, spontan, 4000 gr., Kind lebt. 1935 Abort Mens III. 1936 vierter partus. Mäßige Wehen, spontan, 3500 gr, Kind lebt.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 104, RR 130/90, Temp. 37,5° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 16. 1. 38, wonach die Geburt am 23. 10. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 100 cm, kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 24 cm; dist. crist. 26,5 cm; dist. troch. 30,5 cm; conj. ext. 19,5 cm; conj. vera. 8,9 cm n. G. B. Patientin gibt an, außerhalb der Klinik einmal vaginal von der Hebamme untersucht zu sein.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 5. 11. 38 3,30 Uhr zur Kreißsaalaufnahme. 14 Tage p. term. Vor etwa $4^1/_2$ Stunden ist die Blase gesprungen. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. für einen Finger durchgängig, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, mäßige Wehen alle 5 Minuten. Wegen vaginaler Untersuchung und vorzeitigen Blasensprunges wird die Sectio abgelehnt. Bei mäßiger bis guter Wehentätigkeit fließt ständig Fruchtwasser ab. Die Eröffnung des MM. geht nur lang-

sam voran. Der Kopf bleibt beweglich über dem Becken. Nach 24 Stunden bekommt Patientin wegen ziemlicher Erschöpfung 1 ccm Dilaudid, worauf sie einige Stunden schläft. Am Morgen des 6. 11. steht der Kopf bei guter Wehentätigkeit fest auf den Beckeneingang gepreßt. Seitliche Röntgenaufnahme ergibt eine Rö vera von 10,2 cm. Der Kopf steht im hohen Gradstand mit dem Hinterhaupt nach hinten. Ein Segment ragt in das Becken hinein, deutliche Konfiguration. Nach der Rö.-Aufnahme ist der Kopf wieder beweglich über dem Becken. Rechtslagerung der Patientin. Nach völliger Erweiterung des MM. tritt um 7,20 Uhr der deutlich die Symphyse überragende Kopf nur langsam tiefer. Um 18.55 Uhr trüber Katheterurin. Der Kopf prominiert vor allem links. Das untere Uterinsegment ist sehr dünn ausgezogen. Der Kontraktionsring steht in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Um 20,30 Uhr steht die Leitstelle 3 Querfinger über der Interspinallinie. Gute Wehentätigkeit, sodaß um 22,05 Uhr, also nach 47 stündiger Geburtsdauer, der Kopf 2—3 Querfinger über der Interspinallinie steht, wobei die Pfeilnaht kaum zu tasten ist und anscheinend quer verläuft. Walcher'sche Hängelage; dabei dreht sich der Kopf von außen fühlbar wieder in den hohen Gradstand. Weiterhin Rechtslagerung. Bei guter Wehentätigkeit tritt der Kopf ganz allmählich tiefer. In den ersten Stunden des 7. 11. treten auch in den Wehenpausen Schmerzen im ganzen Leib auf. Katheterurin blutig. Gegen 5 Uhr morgens Erbrechen. Um 6,20 Uhr steht die Leitstelle 1 Querfinger unter der Interspinallinie. Beschluß: Forceps, bei Mißlingen Perforation. Vaginale Untersuchung: Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser, ganz vorn verlaufend, kleine Fontanelle rechts hinten. Anlegen der Kjellandzange im linken schrägen Durchmesser. Unter kräftigem Zug und Rotation der Zange um 135° im Sinne des Uhrzeigers läßt sich der Kopf erreichen. Am 7. 11. um 8 Uhr wird ein asphyktisches, stark verschleimtes Kind mit Herzschlag geboren. Trachealkatheterismus. Das Kind zeigt auf dem rechten Jochbein eine breite rechteckige Druckmarke, die der Situation nach vom Promontorium stammen muß; deutliche Facialisparese rechts. Geburtsgewicht 4190 gr., Länge 56/55 cm. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 11 Minuten post partum die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Kleiner Cervixriß, mit einem spritzenden Gefäß der linken Scheidenwand. Versorgung desselben. Patientin erholt sich trotz Cardiaca und Traubenzucker nur wenig. Der Puls ist klein, frequent. Nach einer Stunde geht ein Blutcoagulum ab. Bei erneuter Cervixrevision wird ein 2 cm langer Riß im vorderen Fornix gefunden, der mäßig stark blutet. Versorgung desselben. Cyanose der Patientin, Anlegen einer Dauertropfinfusion. Danach langsames Erholen. Periphere Kreislaufschwäche, Patientin erholt sich wieder gut. Gesamtblutverlust 500 gr, Geburtsdauer 81 Stunden.

Fall 38. Nr. 1207/38. 29jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o .B.
Aus dem Allgemeinbefund: Puls 84, RR 150/70, Temp. 36,5° rectal. Eiweiß in Spuren im Harn.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 10. III. 38, wonach die Geburt am 16. 12. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 104 cm, kindliche Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 24,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 30 cm; conj. ext. 19,0 cm; Rö.-vera 11,0 cm. Eine am 23. 12. vorgenommene Röntgenaufnahme ergibt: Kopf oberhalb des Beckeneinganges, synklitische Einstellung, kein offenbares Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken. Patientin gibt an, einmal vaginal außerhalb der Klinik von der Hebamme untersucht worden zu sein.
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 22. 12. 38 mit angeblich gesprungener Blase und seit 20. 12. bestehenden Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Zur Verstärkung der Wehen habe sie draußen vom Arzt am 21. 12. drei Spritzen bekommen. Wegen Geburtsstillstandes Einweisung in die Klinik. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. für 1—2 Querfinger durchgängig, Blase anscheinend gesprungen. Leitstelle des Kopfes 2 Querfinger über der Interspinallinie. Da die Geburt infolge schlechter Wehentätigkeit bis zum 23. 12. 18 Uhr keine Fortschritte macht, werden 6 mal je eine Cardiazol-Chininbohne in einstündigem Abstand ohne jeden sichtbaren Erfolg gegeben. Infolge der Erschöpfung der Frau, wird 1 Dilaudid Suppos. verordnet. Am 24. 12. gegen 11 Uhr sind die kindlichen Herztöne beschleunigt (160 pro Minute), erholen sich aber auf 1 ccm Cardiazol i. m. sehr rasch wieder. Die Wehentätigkeit wird etwas besser und um 21,45 Uhr sprang die Blase bei 2 Finger durchgängigem MM. Einsetzen guter Wehen, Erschöpfung der Patientin, weswegen ein Dilaudid Suppos. gegeben wird. Bis zum 27. 12. erweitert sich der MM. auf Handtellergröße und der Kopf trat mit einem großen Segment ins Becken ein. Weitere Thymophysingaben zur Wehenanregung mit nur vorübergehender Wirkung. Kindliche Herztöne steigen auf 160—170, um schließlich zwischen 180 und 110 zu schwanken. Vaginale Untersuchung: MM. nur handtellergroß, sehr dick und straff. Auf eine operative Geburtsbeendigung wird verzichtet und daher ein Belladonna Suppos. gegeben. Sistieren der Wehen, weswegen zur Beschleunigung der Geburt um 18,05 Uhr die Kopfschwartenzange angelegt wird; im Laufe einer Stunde tritt der Kopf tiefer. Es wird Orasthin i. m. gegeben, worauf die Herztöne in's Schwanken geraten und Mekoniumabgang beobachtet wird. Aus kindlicher Indikation Entschluß: Forceps. Der Kopf steht quer auf dem Beckenboden und der MM. umschließt ihn

straff mit einem dicken Saum. Beim Versuch den MM. digital noch etwas zu dehnen, reißt er vorn leicht ein und retrahiert sich. Es gelingt den Kopf mit der Kyellandzange zu fassen, und es wird unter Druck von oben die Rotation im Gegensinne des Uhrzeigers ausgeführt. Episiotomie und der Kopf wird mittels Rietgen-Ohlshausen'schen Handgriffs entwickelt. 19,20 Uhr partus eines 3600 gr schweren 53/54 cm langen leicht asphyktischen Kindes, das nach 1 Minute atmet und nach 3 Minuten schreit. Manuelle Placentalösung wegen Blutung und erfolglosem Credé. Versorgung des Cervixrisses und der Episiotomie. Temperatur 37,5° rectal, Puls 80, Gesamtblutverlust 950 gr. Veramessung p. p. 10,0 cm n. G. B. Geburtsdauer 166 Stunden 20 Minuten.

Fall 39. Nr. 93/1939. 23 jährige I. para, I. gravida.

Anamnese o. B.

Aus dem Allgemeinbefund: Körpergröße 174 cm, Gewicht 89,5 kg. Puls 76, RR 135/90, Temp. 37° rectal.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation Anfang Juli 38, wonach die Geburt Mitte April 39 zu erwarten ist? Empfängnis am 1. 8. 38?, demnach die Geburt am 1. 5. 39 zu erwarten. Größter Leibesumfang 113 cm, kindl. Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 30 cm; dist. crist. 33 cm; dist. troch. 36 cm; conj. ext. 24 cm. Promontorium rectal nicht erreichbar.

Aus dem Geburtsbericht: 23 jährige I. para, I. gravida, kommt am 28. 1. 39 um 4 Uhr mit leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Bei leichter Wehentätigkeit ist um 14 Uhr der MM. für $1^1/_2$ Querfinger durchgängig, Cervix rigide, Blase steht, vorliegender Teil ist der Kopf, der mit seiner Leitstelle im queren Durchmesser 1 Querfinger über der Interspinallinie steht. Die kindlichen Herztöne sind auf 178 angestiegen, steigen um 14,25 Uhr sogar bis auf 198 pro Minute, keine Besserung auf Cardiazol. Um 15,12 Uhr wird die Blase gesprengt, worauf die Herztöne langsam, aber stetig bis um 17,10 Uhr zur Norm abfallen. Wegen der Gefährdung des Kindes hatte man eine Sectio in Erwägung gezogen, aber in Anbetracht dessen, daß das Kind nicht reif sein könnte, davon Abstand genommen. Wegen Rigidität des MM. wird um 17,10 Uhr ein Belladonna-Excud-Suppos. gegeben. Bei weiterhin guter Wehentätigkeit um 17,53 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen, reifen 3330 gr schweren, 49/51 cm langen Kindes aus rechter HHL mit wahrscheinlich äußerer Überdrehung. Auf 1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 30 Minuten p. partum die sicher vollständige Placenta spontan

nach Schultze. Gesamtblutverlust 300 gr., Geburtsdauer 8 Stunden 53 Minuten.

Fall 40. Nr. 121/1939. 35jährige VI. para, VI. gravida.
Von den bisherigen Geburten ist zu erwähnen, daß 1 Kind perforiert wurde, 1 am zweiten Tag p. p. starb und drei Kinder spontan zur Welt kamen mit Geburtsgewichten von ca. 4000 gr. und heute noch leben.
Aus dem Allgemeinbefund: Patientin hat keine Rachitis gehabt. Oedeme und Varicen am rechten Unterschenkel. Am Herzen über allen Ostien ein systol. Geräusch hörbar, Puls 75, RR 120/85, Temp. 37,4° rectal. Im Urin Eiweiß in Spuren.
Aus dem geburtshilflichen Befunde: Letzte Menstruation 30. 4. 38, wonach die Geburt am 4. 2. 39 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 114 cm, kindliche Herztöne 132 pro Minute bei der Aufnahme. Varicen an der rechten großen Schamlippe. Descensus II. Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm; dist. crist. 30 cm; dist. troch. 31,5 cm; conj. ext. 19,5 cm; die p. p. gemessene conj. vera 7,5 cm n. G. B. (enges Becken III.°).
Aus dem Geburtsbericht: Patientin kommt am 4. 2. 39 zur Klinik und am 7. 2. 39 9,10 Uhr zur Kreißsaalaufnahme, nachdem um 4 Uhr die Blase gesprungen war und um 7 Uhr die Wehen begonnen hatten. Diagnose: rechte Schädellage, Kind lebt. Enges Becken II° (conj. vera 8,1 cm n. G. B., gemessen 1937). Wegen des engen Beckens und des großen Kindes wird der Frau die Schnittentbindung vorgeschlagen, die jedoch von ihr abgelehnt wird. Die anfangs schlechte Wehentätigkeit bessert sich im Verlauf der nächsten Stunden. Um 16 Uhr ist der MM. für 3 Querfinger durchgängig, der Kopf steht mit querer Pfeilnaht 3 Querfinger über der Interspinallinie noch nicht fest. Da um 18,15 Uhr der Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewichen ist, wird die Patientin auf die linke Seite gelegt und um 18,45 Uhr hat sich der Kopf wieder zentriert. Um 21,05 Uhr sinken die kindlichen Herztöne auf 108 pro Minute ab. Rectale Untersuchung: status idem. Auf 1 ccm Cardiazol erholen sich die kindlichen Herztöne. Um 23,10 Uhr MM. völlig, Kopf im linken schrägen Durchmesser, zwei Querfinger unter der Interspinallinie. Aus kindlicher Indikation Anlegen des Forceps (Gauß A) biparietal und Entwicklung des Kopfes in typischer Weise. Geburt des Kindes aus rechter HHL., lebensfrisch, reif. Geburtsgewicht 4260 gr., Länge 53/53 cm, schreit sofort. Der Uterus erscheint noch sehr groß, und man tastet kleine Teile, jedoch ohne Herztöne zu hören. Um 23,50 Uhr wölbt sich eine zweite Blase vor, die gesprengt wird. Partus eines toten Kindes aus linker vollk. Steißlage unter Steißlagenhilfe mit einer Maceratio II.°. Geburtsgewicht 2450 gr, 48 cm Länge. Auf

1 ccm Orasthin mite i. v. folgt 5 Minuten p. p. die sicher vollständige Placenta nach Duncan. Eine jetzt vorgenommene Veramessung ergibt 7,5 cm n. G. B. und einen Symphysensporn III°. Gesamtblutverlust 120 gr, Geburtsdauer 16 Stunden 45 Minuten.

Fall 41. Nr. 224/1939. 26 jährige I. para, I. gravida.
Anamnese o. B.
Aus dem Allgemeinbefund: Systol. Geräusch über der Pulmonalis, Puls 112, RR 135/90, Temp. 36,8° rectal.
Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation Mitte Juni 1938, wonach die Geburt Ende März 1939 zu erwarten ist. Empfängnis 6. Juli 1938, demnach ist die Geburt am 6. 3. 39 zu erwarten. Größter Leibesumfang: 91 cm, kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 25 cm; dist. crist. 27 cm; dist. troch. 28,5 cm. conj. ext. 17,5 cm; conj. vera 9,1 cm n. G. B. Patientin gibt an, außerhalb der Klinik einmal von der Hebamme und einmal vom Arzt vaginal untersucht worden zu sein.

Aus dem Geburtsbericht: 26 jährige I. para, I. gravida wird am 4. III. 39 vom Arzt in die Klinik eingewiesen, mit der Angabe, daß die Blase um 10,30 Uhr gesprungen und die Patientin zweimal vaginal untersucht sei. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. Kopf springt stark über die Symphyse vor. Rectal ist der MM. für 1 Finger durchgängig, Blase gesprungen, Kopf eben erreichbar. Um 17,30 Uhr steigt die Temperatur auf 37,4°. Die Rö.-Beckenmessung ergibt eine Rö.-vera von 9,5 cm, es zeigt sich ferner, daß der Kopf im hinteren hohen Schrägstand steht und es sich um eine Gesichtslage handelt. Die Sectio soll wegen der Anamnese nur bei dem dringenden Wunsch nach lebendem Kind ausgeführt, sonst abgewartet werden. Die Patientin lehnt die Sectio ab. Bei zunehmender Wehentätigkeit steht am 5. 3. 39 um 18 Uhr der Kopf 1 Querfinger unter der Interspinallinie, die Gesichtslinie verläuft im linken schrägen Durchmesser, der MM. ist bis auf einen Saum erweitert. Um zu verhindern, daß es zu einer mentoposterioren Gesichtslage kommt, wird die Frau auf die linke Seite gelagert. Um 21,15 Uhr erste Preßwehe. Um22,10 Uhr wird festgestellt, daß die Gesichtslinie etwas in den rechten schrägen Durchmesser rotiert ist, der übrige Befund ist unverändert. Um 0.15 Uhr wird das Gesicht sichtbar. Am 6. 3. 39 um 1,10 Uhr steigen die bis dahin normalen Herztöne bis auf 168 pro Minute und um 1,25 Uhr trotz wiederholter Cardiazolgaben auf 172 pro Minute. 1,40 Uhr vaginale Untersuchung: Kopf mit quer verlaufender Gesichtslinie bei völlig erweitertem MM. auf dem Beckenboden. Da um 1,50 Uhr die kindlichen Herztöne bis auf 104 pro Minute absinken, und stolpernd werden, wird die Kjellandzange

nicht ganz im linken schrägen Durchmesser, sondern mehr zum graden hin angelegt. Rotation, bis die Gesichtlinie im graden Durchmesser steht. Da die Zange teilweise abgerutscht ist, wird sie abgenommen und erneut in typischer Weise angelegt und der Kopf unter Ausführung einer medianen Episiotomie und der Ritgen-Ohlshausen'schen Handgriffes entwickelt. Extraktion des Kindes unter Zurückstreifen der einmal lose um den Hals geschlungenen Nabelschnur. Das reife, 2720 gr schwere, 49/51 cm lange Kind ist blau asphyktisch. Wiederbelebung von Erfolg. Es schreit nach 3 Minuten. Veramessung: 9,1 cm n. G. B. Steißbein springt stark vor. 7 Minuten p. p. folgt auf 1 ccm Orasthin mite i. v. unter leichtem Druck von oben die sicher vollständige Placenta nach Schultze. Versorgung der Episiotomie. Gesamtsanguis 360 gr, Geburtsdauer 57 Stunden 25 Minuten.

B I. b) Kritische Besprechung der 41 günstig verlaufenen Fälle.

Die Besprechung jedes einzelnen Falles erfolgt zum Zwecke der Übersichtlichkeit nach dem Schema:

I. Gründe für die Sectio
II. Gründe der Ablehnung
III. Epikrise.

Nr. 254/35. 29jähr. II. para, III. grav. Fall 1

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 9 cm nach G. B.
2. Status post sectionem; die 1934 wegen Placenta pr. ausgeführt wurde.
3. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 77 Stunden infolge Geburtsstillstandes durch Sistieren der Wehentätigkeit).
4. Vorübergehende Gefährdung des Kindes (verlangsamte kindliche Herztöne, 104 pro Minute).
5. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin war außerhalb der Klinik dreimal vaginal untersucht worden (einmal vom Arzt und zweimal von der Hebamme).
2. Es war bei dem weiteren Geburtsverlauf keine ernstliche Gefährdung des Kindes aufgetreten.

III. Epikrise:

Trotz langer Geburtsdauer kam es zu keinerlei weiteren Komplikationen, so daß unter Anlegung einer Episiotomie wegen Be-

ginns eines Einrisses des Dammes infolge Rigidität das Kind mit einem Geburtsgewicht von 3550 gr. und einer Länge von 52:53 cm spontan geboren wurde. Die Geburtsleitung war infolge der vaginalen Untersuchung gezwungen, die konservative Therapie innezuhalten und von einer Sectio Abstand zu nehmen, um die Mutter nicht der Gefahr einer postoperativen Peritonitis und Sepsis auszusetzen.

Nr. 335/35. 31 jähr. II. para, II. grav. Fall 2

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Das erste Kind war intra partum gestorben (Nabelschnurvorfall).
2. Es bestand daher der dringende Wunsch nach lebendem Kinde.
3. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,4 cm n. G. B.
4. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 70 Std. infolge Wehenschwäche).
5. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne, 172 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung (die Blase war $11\frac{1}{2}$ Std. vor Klinikaufnahme gesprungen).
2. Es bestand eine Temperatursteigerung von 38,2° rekt.

III. Epikrise:

Nach einer Geburtsdauer von 70 Std. kam es trotz Gefährdung des Kindes zur Spontangeburt. Gewicht des Kindes: 3250 gr, Länge 50/51 cm. Die beschleunigten kindlichen Herztöne konnten auf Cardiazolgabe zur Norm gebracht werden. Obwohl auch diesmal das Kind äußerst gefährdet war und ein dringender Wunsch nach lebendem Kinde bestand, beschritt die Geburtsleitung den Weg der konservativen Geburtshilfe aus den unter II. angeführten Gründen, nämlich im Interesse der Mutter. Die Geburt verlief für Mutter und Kind günstig.

Nr. 458/35. 30 jähr. I. para, I. grav. Fall 3

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken II.° (plattrachitisch) mit einer Conj. v. von 8,3 cm n. G. B.
   (Äußere Beckenmaße: 26; 26,5; 30,5; 19,0).
3. Gefährdung des Kindes (verlangsamte kindliche Herztöne 100, 80 pro Minute, die trotz Cardiazolgaben keine Besserung erfuhren).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung (die Blase war 25 Std. vor der Klinikaufnahme gesprungen).
2. Die Aussicht auf ein lebensfähiges Kind war nach der angegebenen Gefährdung sehr unsicher.

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angegebenen Gründe war man gezwungen abzuwarten. Nach 6 stündiger Geburtsdauer wurde aus kindl. Indikation mittels Kjellandzange aus rechtem tiefen Querstand die Geburt beendet. Gewicht des Kindes: 2800 gr, Länge 49/50 cm. Die gute Wehentätigkeit und die damit verbundene rasch fortschreitende Eröffnung des Muttermundes brachte es mit sich, daß die Gefährdung des Kindes nicht zum Absterben desselben führte. So verlief auch der vorliegende Fall für Mutter und Kind günstig.

Nr. 547/35. 30 jähr. I. para, I. grav. Fall 4

Linke Gesichtslage mit tiefem Querstand.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken II.^{0} mit einer Conj. vera von 7,7 cm n. G. B.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte und schwankende kindl. Herztöne 160—170 pro Minute; Mekoniumabgang).
4. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 79 Std.) infolge Wehenschwäche.
5. Gesichtslage.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung.
2. Temperatursteigerung 38,2^0 rekt.
3. Dreimalige vaginale Untersuchung außerhalb der Klinik nach erfolgtem Blasensprung (einmal vom Arzt und einmal von der Hebamme).

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angeführten Gründe wartete man ab. Nach einer 79 stündigen Geburtsdauer erfolgte die Geburt eines weißasphyktischen Kindes mittels Kjellandzange aus link. Gesichtslage im lk. tiefen Querstand. Gewicht des Kindes: 2800 gr, Länge 50 cm. Die Wiederbelebungsversuche des Kindes waren von Erfolg. Die Wehenanregung mit Pituigan hatte nur z. Teil Erfolg. Trotz der obengenannten Gefährdung des Kindes wurde zugewartet, die geplante Sectio ausgeschlossen, um die Mutter nicht auch noch zu gefährden. Es ging wider Erwarten für beide Teile gut. Das Kind gedieh in den nächsten Tagen des Klinikaufenthaltes gut, Mutter und Kind konnten bei Wohlbefinden nachhause entlassen werden.

Nr. 875/35. 40 jähr. VI. para, VI. grav. Fall 5
ReHHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Drei von den bisher geborenen Kindern waren Totgeburten, alle drei hatten hohe Geburtsgewicht (4000 gr, 5000 gr, 4200 gr), während nur 2 Kinder von den bisher geborenen leben. Diese hatten niedrigere Geburtsgewichte.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,5 cm n. G. B.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte und schwankende kindl. Herztöne 180—108 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Die kindlichen Herztöne kehrten zur Norm zurück, nachdem eine Blasensprengung vorgenommen worden war.
2. Röntgenologisch wurde ein nur geringes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, ferner der günstige Befund einer vorderen Scheitelbeineinstellung erkannt.

III. Epikrise:

Aus den unter II. angeführten Gründen wurde wiederum zugewartet und nach 20 stündiger Geburtsdauer kam es zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Obwohl auch diesmal das Geburtsgewicht hoch war, nämlich 4070 gr und die Länge 52/53 cm betrug, hatte sich der kindliche Kopf günstig eingestellt und die vorübergehende Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindl. Herztöne, Mekoniumabgang) hatte nichts zu besagen gehabt. So verlief die Geburt für Mutter und Kind ohne Schädigung.

Nr. 876/35. 28 jähr. II. para, II. grav. Fall 6

Linker tiefer Querstand.
Der erste Partus verlief bei guten Wehen mit einer Geburtsdauer von 7 Stunden spontan. Das Kind wog jedoch nur 1500 gr, lebt.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Rö-Vera von 8,2 cm.
2. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne in der Eröffnungsperiode (160 pro Minute).
3. Dringender Wunsch nach lebendem Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt den wegen dringenden Wunsches nach lebendem Kinde vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab, obwohl das Kind stark gefährdet war.

III. Epikrise:

Da die Patientin die Ausführung einer Sectio abgelehnt hat, mußte die Geburtsleitung den Weg der konservativen Geburtshilfe gehen. Infolge guter Konfiguration des kindlichen Kopfes und günstiger Einstellung desselben (vordere Scheitelbeineinstellung, die röntgenologisch festgestellt wurde) kam es bei guter Wehentätigkeit nach 13 Stunden unter Anlegung der Kjellandzange aus linkem tiefen Querstand zur Geburt des Kindes. Gewicht 3750 gr., Länge 52/53 cm. Es wurde leider im vorliegenden Fall versäumt, eine Conj. vera-Messung n. G. B. vorzunehmen. Die Rö-Veramessung hat eine Fehlergrenze bis zu 1 cm, so daß damit zu rechnen ist, daß die Beckenverengerung in Wirklichkeit bei diesem Fall noch stärker war. Mutter sowie Kind waren durch die abwartende Haltung nicht geschädigt.

Nr. 112/36. 29 jähr. III. para, III. garv. Fall 7

Rechte Querlage.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Die beiden ersten Kinder sind tot.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,2 cm n. G. B.
3. Gefährdung des Kindes a. beschleunigte und schwankende kindliche Herztöne 110, unter 100 pro Minute; b. mekoniumhaltiges Fruchtwasser.
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt den ihr vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Aus dem unter II. angeführten Grunde mußte abgewartet werden und bei völlig erweitertem Muttermund wurde die Geburt durch Wendung und Extraktion nach 6 stündiger Geburtsdauer in Walcher'scher Hängelage beendet. Das 3180 gr schwere, 52/53 cm lange Kind war leicht asphyktisch. Es konnte mit Erfolg wiederbelebt werden. Wider Erwarten war der Ausgang der Geburt ein günstiger. Die Mutter war in keiner Weise geschädigt, und das Kind erholte sich p. p. sehr schnell.

Nr. 198/36. 27 jähr. I. para, I. grav. Fall 8

Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Rö-Vera von 9 cm.
2. Hoher Gradstand.
3. Röntgenologisch festgestelltes Mißverhältnis zwischen kindlichen Kopf und mütterlichem Becken.
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung. (Blase war 9 Stunden vor Klinikaufnahme gesprungen).

III. Epikrise:

Trotz des vorzeitigen Blasensprunges wird von der Geburtsleitung eine Sectio beschlossen. Während der Vorbereitung zur Operation preßt die Patientin spontan, so daß der Kopf tiefer tritt und wegen Gefährdung des Kindes (verlangsamte kindl. Herztöne) die Geburt mittels Kjellandzange beendet werden kann, und zwar nach einer Geburtsdauer von 11 Stunden. Die Wiederbelebung des asphyktischen Kindes gelingt. Gewicht 2930 gr, Länge 48/49 cm.
Obwohl man eine Geburt per vias naturales für fast ausgeschlossen gehalten hatte, konnte doch noch ein lebendes Kind ohne eine Sectio gewonnen werden. Die Mutter trug keine Schädigung davon und das Kind erholte sich p. p. sehr schnell, so daß beide bei Wohlbefinden nachhause entlassen werden konnten.

Nr. 313/36. 28 jähr. III. para, III. grav. Fall 9
Linke HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Die ersten beiden Kinder starben i. p.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. v. von 7,6 cm n. G. B. und einer Rö-Vera von 8,3 cm.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne 160 pro Minute).
4. Röntgenologisch wurde ein Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken festgestellt.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Die Patientin gibt an, daß sie außerhalb der Klinik 5 6 mal von der Hebamme und 4 mal vom Arzt vaginal untersucht wurde.

III. Epikrise:

Es besteht kein Zweifel, daß bei den unter II. angeführten Gründen unbedingt die Entbindung durch Sectio von der Geburtsleitung abgelehnt werden mußte. So wurde abgewartet. Infolge guter Wehen konnte es nach einer Geburtsdauer von 23½ Std. überraschend schnell zur Spontangeburt eines leicht asphyktischen Kindes kommen. Gewicht: 3240 gr, Länge 51/52 cm. Die Wiederbelebung des Kindes gelang.
Infolge der starken Konfigurabilität des kindlichen Kopfes konnte die nicht unbeträchtliche Beckenverengerung ziemlich schnell überwunden werden. Die Mutter wurde durch den spontanen Geburtsverlauf in keiner Weise geschädigt. Um die Mutter nicht in die

Gefahr einer postoperativen Sepsis zu bringen, mußte die Geburtsleitung die Entbindung durch Kaiserschnitt ablehnen und das Kind dem spontanen Verlauf überlassen.

Nr. 888/36. 31 jähr. I. para, I. grav. Fall 10

Linke HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte Erstgebärende.
2. Enges Becken I.° mit einer Conj. vera von 9,5 cm n. G. B.
3. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche (tatsächlich 45 Stunden).
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin wurde nach erfolgtem Blasensprung außerhalb der Klinik 3 mal vaginal untersucht.

III. Epikrise:

Wegen der außerhalb der Klinik erfolgten dreimaligen vaginalen Untersuchung glaubt die Geburtsleitung, von einer Sectio absehen und damit abwarten zu müssen. Unter Anwendung von Wehenmitteln (Pituchinol in steigenden Dosen) kommt es dann nach 45 stündiger Geburtsdauer zur Spontangeburt eines asphyktischen Kindes. Die Wiederbelebung gelingt. Gewicht 3070 gr, Länge 52/53 cm. Der kindliche Kopf zeigt eine starke Konfiguration und wahrscheinlich vom Promontorium herrührende Druckstellen. Auch im vorliegenden Fall ist das Kind am Leben geblieben, obwohl es durch die Geburt ziemlich geschädigt war. Der Mutter ging es trotz Blutung bei liegender Placenta p. p. gut.

Nr. 83/1937. 37 jähr. II. para, II. grav. Fall 11

Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Status post sectionem (1934 wegen Nephropathie).
2. Praeeklampsie RR 150:90, Patientin klagt über Kopfschmerz und meint, Flimmern vor den Augen zu verspüren.
3. Sehr starker Hängebauch (größter Leibumfang 132 cm).
4. Faustgroße Narbenhernie links unterhalb des Nabels.
5. Gefährdung des Kindes (Herztöne 160 pro Min.).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Da kein enges Becken vorlag und die Wehentätigkeit wider Erwarten sehr gut war, so daß sich der Muttermund verhältnismäßig rasch eröffnete, und da die Gefährdung des Kindes nur vorübergehend bestand, wurde von der geplanten Sectio Abstand genommen.

III. Epikrise:

Die Therapie bestand in Hochbinden und Bandagieren des Leibes und in Rectidongaben. Nach 20 stündiger Geburtsdauer kam es zu Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes mit einem Geburtsgewicht von 3340 gr und einer Länge von 49/50 cm.
Trotz oben angeführter Tatsachen war mit der konservativen Haltung in der Therapie eine Sectio umgangen worden, ohne daß Mutter und Kind irgendwie Schädigung davontrugen, auch hatte sich während des Geburtsverlaufes keine weitere Komplikation wie z. B. eine pathologische Einstellung infolge des Hängebauches ergeben.

Nr. 112/37. 35 jähr. IV. para, IV. grav. Fall 12
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Die drei bisherigen Geburten verliefen unglücklich, die Kinder starben 1—3 Tage p. p. bei spontanem Geburtsverlauf.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 9,0 cm n. G. B.
3. Sehr bewegliches Kind (Steiß-, Quer-, Kopflage).
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Infolge sehr guter Wehentätigkeit und günstiger Einstellung (vordere Scheitelbeineinstellung, die röntgenologisch festgestellt wurde) war der Geburtsverlauf ein überaus rascher.

III. Epikrise:

Nach einer Geburtsdauer von nur $3^3/_4$ Stunden kam es zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Gewicht 3650 gr, Länge 50/52 cm. Infolge des raschen Geburtsverlaufs, bei dem sich keine Komplikation einstellte, konnte man von der erwogenen und geplanten Sectio absehen. Trotz des engen Beckens und des relativ großen Kindes war eine Spontangeburt ohne Schädigung für Mutter und Kind möglich.

Nr. 152/37. 29 jähr. II. para, II. grav. Fall 13
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Das erste Kind starb im 4. Monat p. p.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,9 cm nach G. B.
3. Gefährdung des Kindes (stark schwankende kindliche Herztöne 168/104 pro Minute).
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Gute Wehentätigkeit.
2. Günstige Einstellung des kindlichen Kopfes (vordere Scheitelbeineinstellung).
3. Nach äußerer Untersuchung schien kein eindeutiges Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken vorzuliegen.

III. Epikrise:

Die stark schwankenden kindlichen Herztöne konnten trotz wiederholter Cardiazolgaben nur z. T. zur Norm gebracht werden. Deshalb wird eine leichte Äthernarkose angewandt, die die kindlichen Herztöne schließlich in den Grenzen der Norm halten. Zur Krampflösung des Muttermundes werden Eupako-Supp. gegeben. So gelingt es in verhältnismäßig kurzer Zeit (10 Std.) die Geburt günstig zu Ende zu bringen. Trotz engen Beckens und relativ großen Kindes (3580 gr, 52/53 cm lang) erfolgt nach sehr guter Wehentätigkeit die Spontangeburt. Die schwankenden kindlichen Herztöne waren vermutlich durch die p. v. festgestellte doppelte Nabelschnurumschlingung bedingt. Die Geburt blieb ohne Schädigung der Mutter, und das Kind erholte sich in kurzem nach der Geburt.

Nr. 164/37. 38 jähr. V. para, V. grav. Fall 14
Linke HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Von den bisherigen 4 Kindern leben noch 2, ein spontan und 1 durch Forceps entbunden. 2 Kinder sind i. p. gestorben (beide wurden auf den Fuß gewendet). Bei allen 4 Geburten bestand Wehenschwäche.
2. Enges Becken I.^{0} mit einer Conj. vera von 9,6 cm n. G. B.
3. Angeblich großes Kind. (Nach dem Röntgenbefund eines auswärtigen Krankenhauses).
4. Der kindliche Kopf springt etwas über die Symphyse vor.
5. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne in der Eröffnungsperiode, 160/170 pro Minute).
6. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 41 Stunden) infolge Wehenschwäche.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Röntgenologisch kann hier kein ausgesprochenes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken festgestellt werden, außerdem besteht eine günstige Einstellung des kindlichen Kopfes (vordere Scheitelbeineinstellung).
2. Patientin zeigt eine sehr starke Blässe.
3. Patientin selbst lehnt die Entbindung durch Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Nach einer 41 stündigen Geburtsdauer kommt es schließlich trotz Gefährdung des Kindes zur Spontangeburt eines lebensfrischen, großen Kindes. Gewicht 3780 gr, Länge 55/56 cm. Nachdem die Patientin selbst die vorgeschlagene Section abgelehnt hatte, mußte abgewartet werden. Zur Beruhigung der Patientin wurde Dilaudid gegeben. Trotz Cardiazolgaben blieben die kindlichen Herztöne hoch, aber das Kind zeigte p. p. keinerlei Schädigung. So verlief diese Geburt bei der zwangsweise eingehaltenen konservativen Therapie günstig für Mutter und Kind.

Nr. 183/37. 37 jähr. I. para, I. grav. Fall 15
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,6 cm n. G B.
3. Vorspringen des kindlichen Kopfes über die Symphyse.
4. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 42 Stunden).
5. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne in der Eröffnungsperiode: 160, 180, 170 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Der kindliche Kopf stellt sich günstig ein (vordere Scheitelbeineinstellung).
2. Durch Cardiazolgaben gelingt es, die kindlichen Herztöne zur Norm zu bringen.
3. Temperatur auf 37,9° rektal.

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angeführten Gründen glaubt die Geburtsleitung, auf die Entbindung durch die Sectio verzichten zu müssen. Nach 43 stündiger Geburtsdauer kommt es zur Spontangeburt eines blau-asphyktischen Kindes. Die Wiederbelebung war von Erfolg. Nach den Cardiazolgaben war eine Besserung der Herztöne eingetreten und eine nochmalige Steigerung derselben verhindert worden. Die Geburtsleitung hatte eine Sectio geplant und diese dann zur Ausführung bringen wollen, wenn die kindlichen Herztöne abermals angestiegen wären. Der vorliegende Fall zeigt, daß bei strenger Indikationsstellung es gelungen ist, eine Sectio, die eine Gefährdung der Mutter dargestellt hätte, zu umgehen. So verlief die Geburt ohne eine Schädigung für die Mutter.

Nr. 198/37. 27 jähr. I. para, I. grav. Fall 16
Linke HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken I.^{0} mit einer Conj. vera von 9,1 cm n. G. B.
2. 3—4 wöchentliche Übertragung, wobei der Verdacht auf großes Kind berechtigterweise besteht.
3. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche (tatsächlich 47 Stunden).
4. Gefährdung des Kindes (schwankende kindliche Herztöne 160 zu 110 pro Minute).
5. Dringender Wunsch nach lebendem Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung (die Blase war 25 Stunden vor der Klinikaufnahme gesprungen).

III. Epikrise:

Wegen des vorzeitigen Blasensprunges glaubte die Geburtsleitung, eine Entbindung durch Kaiserschnitt trotz obiger Indikation ablehnen zu müssen. Es kam denn auch nach 47 stündiger Geburtsdauer doch noch zur Spontangeburt eines weiß-asphyktischen Kindes, das wiederbelebt werden konnte. Gewicht: 4400 gr, Länge 56/56,5 cm.
Die Gefährdung des Kindes konnte durch Cardiazol behoben werden, die Wehenschwäche durch Pituchinolserien gebessert werden. Erst die Verzögerung des Tiefertretens des kindlichen Kopfes ließ den Verdacht auf ein enges Becken aufkommen und zu diesem Zeitpunkt hielt die Geburtsleitung die Ausführung einer Sectio für die Patientin erst recht für gefährdet und entschloß sich trotzdem weiterhin zum Abwarten. Das Kind erholte sich p. p. schnell, die Mutter trug durch die Geburt keinen Schaden davon.

Nr. 251/37. 24 jähr. II. para, III. grav. Fall 17
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Status post sectionem, die Indikation zu dieser Sectio war schwere Eklampsie mit Amaurose.
2. Nephropathia gravidarum-Praeeklampsie (7 $^{0}/_{00}$ Eiweiß n. E. RR 160/85, Gefahr einer nochmaligen Eklampsie).
3. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 34 Stunden).
4. Fragliche Übertragung des Kindes von 23 Tagen, weswegen Verdacht auf großes Kind besteht.
5. Gefährdung des Kindes (Herztöne 168 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin hatte keine subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Augenflimmern), das Sensorium war nicht geprüft. Es be-

standen ferner von Seiten der Mutter keine weiteren Komplikationen.

III. Epikrise:

Durch die eingeschlagene Therapie mit Rectidon und Pernocton-Dämmerschlaf ist es gelungen, den Ausbruch einer Eklampsie zu verhindern. Aus diesem Grunde und da die Gefährdung des Kindes nur vorübergehend war, wurde von der geplanten Sectio abgesehen und nach einer Geburtsdauer von 34 Stunden erfolgte die Spontangeburt eines lebensfrischen, großen Kindes. Gewicht: 4020 gr, Länge 52/52,5 cm. So verlief auch dieser Fall günstig für Mutter und Kind.

Nr. 380/37. 26 jähr. II. para, II. grav. Fall 18

Rechte HHL. I. Partus wurde durch Forceps beendet, Gewicht 3000 gr.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,8 cm n. G. B., Rö-V. 9,0 cm.
2. Der kindliche Kopf springt stark über die Symphyse vor.
3. Verdacht auf großes Kind bei engem Becken.
4. Gefährdung des Kindes (mekoniumhaltiges Fruchtwasser).
5. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche (tatsächlich 61 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Starker Fluor der Patientin.
2. Die Temperatur betrug bereits bei der Aufnahme 38,1° rektal.

III. Epikrise:

Nach den äußeren Beckenmaßen war nicht recht zu erkennen, daß eine so starke Beckenverengung bestehen würde. Die unter II. angeführten Gründe schlossen, obwohl geplant, eine Sectio aus. Daher wurde abgewartet. Nach 61 Stunden kam es dann schließlich auch zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes mit einem Geburtsgewicht von 3860 gr und einer Länge von 51/52 cm, ein für den Grad der Beckenverengerung großes Kind. Die Wehenschwäche konnte durch Cardiazol-Chinin, Thymophysin z. T. behoben werden. Das Kind zeigte keine Schädigungen, ebenso die Mutter nicht, denn die Temperatur fiel unmittelbar pp. ab. Auch dies wiederum ein Fall, der zu konservativen Therapie gezwungen, einen günstigen Ausgang nahm und die Sectio ausschließen ließ, um die Patientin nicht der Gefahr einer postoperativen Peritonitis und Sepsis auszusetzen, zumal bei der Aufnahme wie erwähnt eine Temperatursteigerung bestand.

Nr. 396/37. 30 jähr. I. para, I. grav. Fall 19
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,8 cm n. G. B.
3. Vorspringen des kindlichen Kopfes über die Symphyse.
4. Bei Geburtsbeginn fragliches Vorliegen einer Vorderhauptlage.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Spontanumwandlung der Vorderhauptlage in eine rechte Hinterhauptlage.

III. Epikrise:

Die Geburtsleitung hatte bei Beginn wegen Vorliegens einer Vorderhauptslage an die Entbindung durch Kaiserschnitt gedacht. Infolge der Umwandlung in eine rechte Hinterhauptslage wartete man ab, und es kam nach einer 25 stündigen Geburtsdauer zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Gewicht: 3150 gr, Länge 50/50 cm.
Obwohl eine beträchtliche Beckenverengerung bestand, kam es überraschend zu einer Spontanumwandlung. Auch dieser Fall zeigt, daß man bei der exspektativen geburtshilflichen Einstellung den Kaiserschnitt umgehen konnte, ohne daß Mutter und selbst das Kind Schaden davontrug.

Nr. 438/37. 28 jähr. I. para, III. grav. Fall 20
Linke HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen beschlossen:

1. Zweimalige Fehlgeburt.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,8 cm n. G. B.
3. Es besteht, da der Conjunx sehr groß ist, der Verdacht auf großes Kind.
4. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne bei hochstehendem Kopf, 160 pro Minute).
5. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche (tatsächlich 32 Stunden).
6. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vaginale Untersuchung außerhalb der Klinik, allerdings bei stehender Blase.

III. Epikrise:

Trotz der außerhalb vorgenommenen vaginalen Untersuchung wird wegen der beginnenden Schädigung des Kindes und vor allem

wegen des dringenden Wunsches nach lebendem Kinde und des Verdachtes auf großes Kind eine Sectio beschlossen. Bei der Vorbereitung zur Operation tritt der kindliche Kopf in's Becken ein. Die kindlichen Herztöne fallen zur Norm ab, und nach 32 stündiger Geburtsdauer kommt es überraschend zur Spontangeburt eines blau-asphyktischen Kindes. Gewicht: 3120 gr, Länge 51/51 cm. Die Wiederbelebung des Kindes gelingt. Man hatte sich über die Bedenken, eine Sectio auszuführen, hinweggesetzt; da kam es noch im letzten Augenblick nach Aufgabe der konservativen Haltung zur Spontangeburt, dadurch daß sich der kindliche Kopf stark konfiguriert hatte und damit die Beckenverengerung ohne Schaden passieren konnte. Der Wochenbettverlauf war ohne Komplikation, das Kind gedieh gut.

Nr. 487/37. 27 jähr. I. para, I. grav. Fall 21
Rechte HHL.

I. Sectio aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,8 cm n. G. B.
2. Vorspringen des kindlichen Kopfes über die Symphyse.
3. Gefährdung des Kindes (stark schwankende und über lange Zeit hin stark verlangsamte kindliche Herztöne).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt den ihr vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Durch den unter II. angeführten Grund mußte die Geburtsleitung abwarten und nach 17 stündiger Geburtsdauer erfolgte die Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Gewicht: 2930 gr, Länge 49/50 cm. Auf Grund der Ablehnung der Sectio durch die Patientin war die Marschroute für die Geburtsleitung festgelegt. Es wurde der Versuch gemacht, die kindlichen Herztöne durch Cardiazol (insges. 9 ccm i. M.) zur Norm zu bringen, jedoch nur mit teilweisem Erfolg. Es ist daher verwunderlich, daß das Kind spontan ohne Schädigung, lebensfrisch zur Welt kam. Als Patientin gute Wehen hatte — nach 12 stündiger Dauer — verlangt sie die Entbindung durch Kaiserschnitt, der aber von der Geburtsleitung abgelehnt werden muß, da die Geburt zu weit fortgeschritten ist und der Kaiserschnitt nicht mehr indiziert erscheint. So verlief auch diese Geburt spontan günstig für Mutter und Kind.

Nr. 501/37. 25 jähr. I. para, I. grav. Fall 22
Linke HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 9,0 cm n. G. B.

2. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne, 160 bis 170 pro Minute), ohne Wehen: Herztöne 176 pro Minute.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung (erfolgte schon außerhalb der Klinik).
2. Beckenverengerung nur mäßigen Grades.
3. Kein Verdacht auf großes Kind.

III. Epikrise:

Durch Cardiazolgaben gelingt es, die Herztöne zur Norm zurückzubekommen und durch Cardiazol-Chinin bessern sich die Wehen, so daß es nach 6 stündiger Geburtsdauer zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes kommt. Gewicht: 3170 gr, Länge 51/52 cm. Man hatte zunächst wegen der Gefährdung des Kindes eine Sectio in Erwägung gezogen, aber da man kein Hindernis von Seiten des Beckens beobachtete, sich doch zum Abwarten entschlossen. Da die Gefährdung des Kindes niemals allein eine Indikation zur Sectio ist, wurde diese auch im vorliegenden Falle ausgeschlossen. Mutter und Kind konnten nach normalem Wochenbettverlauf bei Wohlbefinden nach Hause entlassen werden.

Nr. 528/37. 36 jähr. VII. para, VII. grav. Fall 23

Linke dorsoanteriore Querlage.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Von den bisherigen Geburten verliefen 3 unglücklich, d. h. 3 Kinder starben i. p., zweimal Fehlgeburt im 4. und 5. Monat und 1 Kind wurde durch Forceps entbunden, lebt.
2. Enges Becken. Conj. vera laut Messung von 1935 8,0 cm n. G. B. Also Enges Becken II.° angenommen.
3. Gefährdung des Kindes (schwankende kindliche Herztöne 160 bis 104).
4. Linke Querlage.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Die Conj. vera war 1935 gemessen worden und hatte das Ergebnis 8,0 cm. Man glaubt infolgedessen, da keine sonstigen Indikationen für ein sofortiges Eingreifen bestanden, im vorliegenden Falle abwarten zu können.

III. Epikrise:

Nach 10 Std. ist der Muttermund völlig eröffnet und das Kind kann durch Wendung-Extrakt. geboren werden. Es war ein blauasphyktisches Kind, bei dem die Wiederbelebungsversuche von Erfolg waren. Gewicht: 3140 gr, Länge 50/50 cm. Eine p. p. vorgenommene Veramessung ergab 7,1 cm n. G. B. Daß damit der vorliegende Fall ein überraschend günstiger Geburtsverlauf bei

Engem Becken III.° ist, ist nicht zu bestreiten, vor allem dann, wenn man noch die Kürze der Geburtsdauer und die Größe des Kindes berücksichtigt.

Nr. 589/37. 25 jähr. III. para, III. grav. Fall 24
LHHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Gefährdung des Kindes (stark schwankende kindliche Herztöne über lange Zeit hin, 160, 180, 160, 80, 85, 160).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung, möglicherweise 45 Stunden vor der Klinikaufnahme.

III. Epikrise:

Da von Seiten der Mutter keine besondere Indikation zu einer Sectio bestand, da ferner Patientin keinen dringenden Wunsch nach lebendem Kind äußerte, wurde von der Ausführung einer wohl in Erwägung gezogenen Sectio abgesehen und die Spontangeburt abgewartet, die dann nach 14 stündiger Dauer eintrat, nachdem die kindlichen Herztöne in einer geradezu abenteuerlichen Weise geschwankt hatten, ohne daß man sie durch Cardiazolgaben hätte beeinflussen können. Gewicht: 3940 gr, Länge 52/53 cm. Die Geburtsleitung stand auf dem Standpunkt, daß diese Unregelmäßigkeit der kindlichen Herztöne in einer Gefäßlabilität der Mutter ihre Ursache hätte und vasoneurotisch bedingt wäre. So verlief diese Geburt ohne Schädigung für die Mutter, und auch das Kind zeigte p. p. keine Schädigung.

Nr. 690/37. 32 jähr. I. para, I. grav. Fall 25
Rechter mittlerer Querstand.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Eklampsie, RR 150: 100, starke Oedeme, starker Eiweißgehalt des Urins, im Sediment granulierte Zylinder, ein eklamptischer Anfall außerhalb der Klinik.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne, 170 pro Minute.

II. Folgende Gründe sprechen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Starke Adipositas.
2. Infolge bestehenden Lungenödems wird ebenfalls vom zugezogenen Internisten eine Inhalationsnarkose als gefährlich erachtet.

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angeführten Gründe lag für die Geburtsleitung der Weg fest. Es konnte nur abgewartet werden, um die Patientin nicht der Gefahr des Todes auszusetzen. Es wird daher ein Aderlaß von 500 ccm gemacht und die Frau unter Pernocton gehalten. Die kindlichen Herztöne können z. T. durch Cardiazolgaben zur Norm gebracht werden. Nach verhältnismäßig kurzer Zeit d. h. nach 7 stündiger Dauer kann die Geburt mittels Kjellandzange aus rechtem mittleren Querstand beendet werden. Das Kind ist von dem Pernocton noch etwas schläfrig, aber nicht asphyktisch. Gewicht: 3570 gr, Länge 50/49 cm. Das Wochenbett zeigte keine Komplikationen, und das Kind gedieh gut. Auch dieser Fall verlief günstig, bei dem die Sectio wohl geplant, aber doch abgelehnt werden mußte.

Nr. 741/37. 21 jähr. I. para, I. grav. Fall 26
LHHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,7 cm n. G. B., Rö-Vera 8,3 cm.
2. Erhebliches Vorspringen des kindl. Kopfes über die Symphyse.
3. Es besteht eine hintere Scheitelbeineinstellung.
4. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne, 170, 160, 180 pro Minute).
5. Vermutlich lange Geburtsdauer, (tatsächlich $61/_2^1$ Stunden). Infolge Wehenschwäche und Rigidität der Weichteile.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung.
2. Röntgenologisch wird festgestellt, daß das Kind nicht sehr groß sein kann.
3. Mehr ablehnende Haltung des Ehepaares bei dem Vorschlag einer Entbindung durch Kaiserschnitt.
4. Febris sub partu 38—39° rektal.

III. Epikrise:

Aus den unter II. angeführten Gründen entschied man sich zum Abwarten und nach 61 stündiger Dauer kann die Geburt mittels Forceps aus linkem mittleren Querstand beendet werden, nachdem zuvor die Wehenschwäche mit Cardiazol-Chinin, die Rigidität mit Belladonna-Exclud. Supp., die hohen kindlichen Herztöne mit Cardiazol angegangen werden. Das Gewicht des Kindes betrug 3250 gr, die Länge 50/50,5 cm. Das Kind ist blau-asphyktisch, atmet aber sofort. Im Verhältnis zur Beckenverengerung war das Kind garnicht so klein und überraschend ist es,

daß das Kind ohne besondere Schädigung trotz beträchtlicher Gefährdung und Schwierigkeiten lebend geboren wurde. Auch die Mutter trug durch diese abwartende Haltung keine Schädigung davon, denn unmittelbar p. p. fiel das Fieber ab, und das Wochenbett verlief komplikationslos.

Nr. 833/37. 23 jähr. I. para, I. grav. Fall 27
Linke HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken I.° mit einer Conj. vera von 10,0 n. G. B.
2. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 50 Stunden) infolge Wehenschwäche.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte und schwankende kindliche Herztöne über lange Zeit hin, 180, 160, 120).
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung (schon vor Klinikaufnahme).

III. Epikrise:

Auf Cardiazol konnte eine Besserung der kindlichen Herztöne erzielt werden. Um das Tiefertreten des kindlichen Kopfes zu unterstützen, wurde die Patientin auf die linke Seite gelegt. Wegen Rigidität des Muttermundes Belladonna-Exclud.-Supp. Trotz der beträchtlichen Gefährdung des Kindes und des bestehenden Wunsches nach lebendem Kinde wartete man wegen des vorzeitigen Blasensprunges ab, um die Patientin nicht zu gefährden. Nach 56 stündiger Dauer kommt es zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes mit einem Geburtsgewicht von 3650 gr und einer Länge von 51/51 cm. Die Mutter war trotz langer Geburtsdauer in keiner Weise geschädigt.

Nr. 925/37. 30 jähr. I. para, I. grav. Fall 28
Linke HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken I.° mit einer Conj. vera von 10,0 n. G. B.
3. Vorspringendes Steißbeinende.
4. Gefährdung des Kindes (schwankende kindliche Herztöne, 180, 96, mekoniumhaltiges Fruchtwasser).
5. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche und Rigidität des Muttermundes. (tatsächlich 39 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Günstige Einstellung des kindlichen Kopfes (vordere Scheitelbeineinstellung).
2. Es besteht kein Verdacht auf großes Kind, so daß dieses wegen der verhältnismäßig nur geringen Beckenverengerung wahrscheinlich durchgehen wird. Als im späteren Stadium des Geburtsverlaufes die Gefährdung des Kindes größer wurde, mußte ein operativer Eingriff abgelehnt werden, weil der Blasensprung zulange zurücklag, d. h. über 6 Stunden.

III. Epikrise:

So wartete man denn ab, indem man die beschleunigten kindlichen Herztöne mit teilweisem Erfolg durch Cardiazol bekämpfte, zur Beseitigung der Rigidität Belladonna-Exclud. Supp. gab. Unter Muttermundsincisionen und Anlegung einer Episiotomie konnte nach 39 stündiger Dauer ein lebensfrisches Kind mittels Forceps gewonnen werden. Gewicht: 2820 gr, Länge 49/50 cm.
Auch dieser Geburtsverlauf zeigt, wie günstig Geburten zu Ende gehen können, bei denen man trotz Gefährdung des Kindes nicht sofort eine Sectio ausführt, sondern abwartet. Mutter und Kind konnten bei Wohlbefinden aus der Klinik entlassen werden.

Nr. 944/37. 26 jähr. II. para, II. grav. Fall 29
Rechte Stirnlage.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Das erste Kind ist tot.
2. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,8 cm n. G. B.
3. Verdacht auf großes Kind im Verhältnis zum mütterlichen Becken.
4. Hintere Scheitelbeineinstellung.
5. Sekundäre Vorderhauptslage.
6. Gefährdung des Kindes (schwankende kindliche Herztöne, 160, 110, 90, 160).
7. Vermutlich lange Geburtsdauer (tatsächlich 83 Stunden) infolge Wehenschwäche.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung, schon außerhalb der Klinik.
2. Patientin lehnt eine Entbindung durch Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Da die Patientin die Sectio ablehnte, blieb der Geburtsleitung nichts anderes übrig, als abzuwarten, bis es möglich ist, die Geburt eventell durch Forceps zu beenden. Zur Anregung der Wehentätigkeit wird eine Cardiazolchininkur eingeleitet, Pituchinol und Thymophysin mit nur mäßigem Erfolge gegeben. Der Gefähr-

dung des Kindes begegnet man mit Cardiazolgaben mit vorübergehendem Erfolge. Um das Tiefertreten des Kopfes zu bewirken, wird Walcher'sche Hängelage angewandt, jedoch wieder abgebrochen, weil die kindlichen Herztöne absinken. Zur Beruhigung der Frau wird Dilaudid gegeben. Nach 83 stündiger Geburtsdauer konnte die Geburt mittels Forceps beendet werden. Die Wiederbelebungsversuche des blau-asphyktischen Kindes waren von Erfolg. Geburtsgewicht: 3700 gr., Länge 56/57 cm. Man hatte nicht geglaubt, daß bei dieser Beckenverengerung, bei der bestehenden hinteren Scheitelbeineinstellung, nach einer derartigen Gefährdung des Kindes und solanger Geburtsdauer doch noch ein lebendes Kind zur Welt kommen konnte, zumal das Geburtsgewicht und die Größe des Kindes im Verhältnis zur Beckenverengerung beträchtlich war. Das Wochenbett verlief ohne Komplikation, das Kind gedieh gut.

Nr. 996/37. 27 jähr. II. para, II. grav. Fall 30
Rechte HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Der erste Partus wurde durch Forceps beendet. Grund unbekannt. Geburtsgewicht: 4000 gr.
2. Gefährdung des Kindes (sehr beschleunigte kindliche Herztöne, über kurze Zeitabschnitte hin, 192, 160, 170).
3. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (tatsächlich 32 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt den ihr aus kindlicher Indikation vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab.
2. Patientin gibt an, vor 3 Wochen an Gesichtsrose gelitten zu haben.

III. Epikrise:

Obwohl die Geburtsleitung ein Abwarten der Spontangeburt für das Bessere hielt, machte sie der Patientin trotzdem den Vorschlag zur Sectio, und zwar aus rein kindlicher Indikation. Trotz der abenteuerlich beschleunigten kindlichen Herztöne ist die Geburt für das Kind überraschend günstig zu Ende gegangen. Nach einer 32 stündigen Geburtsdauer erfolgte die Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Gewicht: 2840 gr, Länge 47/48 cm.
Weil die Patientin die ihr vorgeschlagene Sectio ablehnte, wurde abgewartet, ohne daß Mutter und Kind p. p. einen Schaden davontrugen.

Nr. 222/38. 28 jähr. I. para, I. grav. Fall 31
Linke HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,9 cm n. G. B. (Rö-Vera 9,7 cm).
2. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (tatsächlich 44 Stunden).
3. Gefährdung des Kindes (sehr stark schwankende kindliche Herztöne 160, 100 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung II Stunden vor Klinikaufnahme.
2. Röntgenologisch konnte kein offenbares Mißverhältnis zwischen kindlichen Kopf und mütterlichem Becken festgestellt werden.

III. Epikrise:

Man entschloß sich nach den unter II. angeführten Gründen zum Abwarten. Die Wehenschwäche wurde mit Wehenmitteln (Pituchinol, Thymophysin, Cardiazolchinin) mit teilweisem Erfolg angegangen. Das Schwanken der kindlichen Herztöne konnte ebenfalls nur zum Teil mit Cardiazol bekämpft werden. Nach einer Geburtsdauer von 44 Stunden kam ein lebensfrisches Kind spontan zur Welt. Gewicht: 3000 gr, Länge 51/50.
Das Kind war also trotz großer Gefährdung überraschenderweise p. p. keineswegs geschädigt. Da es bei liegender Placenta blutet, wird diese durch Credé gewonnen. Nachtastung. Da die Patientin 1080 gr Blut verloren hat, werden 400 gr Sterofundin plus 2 ccm Sympatol infundiert. Der Wochenbettsverlauf war ohne Komplikationen.

Nr. 309/38. 31 jähr. IV. para, IV. grav. Fall 32
Rechte HHL.

Von den 3 bisher geborenen Kindern leben 2, 1 acht Wochen p. p. tot.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,8 cm n. G. B.
2. Kopf springt über die Symphyse vor.
3. Gefährdung des Kindes.
   a) Stark schwankende kindliche Herztöne 160, 174, 108, 82,
   b) mekoniumhaltiges Fruchtwasser.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Röntgenologisch wird festgestellt, daß eine ideale vordere

Scheitelbeineinstellung und kein ausgesprochenes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken besteht.

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angeführten Gründe wird auf eine Sectio verzichtet. Die Wehenschwäche wird mit Cardiazol-Chinin und Pituchinol mit teilweisem Erfolg angegegangen, die schwankenden kindlichen Herztöne mit Cardiazol. Um den kindlichen Kopf ins Becken zu bekommen, wird Walcher'sche Hängelage angewandt, ohne Erfolg. Um die Geburt zu erzwingen, wird die Kopfschwartenzange angelegt, so daß der Kopf sichtbar wird. Nach 73-stündiger Dauer kommt es schließlich zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes. Gewicht: 3190 gr, Länge 50/50,5 cm. Daß diese Spontangeburt mit lebendem Kinde erfolgte, war etwas überraschend. Das Kind zeigte eine starke Konfiguration, mit deren Hilfe der kindliche Kopf durch die immerhin schon ganz beträchtliche Beckenverengerung hindurchtreten konnte. Aber auch dieser Fall zeigt, daß noch eine Spontangeburt möglich ist, wo man von vornherein glauben möchte, daß der einzig mögliche Weg die Sectio ist.

Nr. 502/38. 33 jähr. II. para, II. grav. Fall 33
Linke HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,7 cm n. G. B.
2. Röntgenologisch wurde ein deutliches Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken festgestellt.
3. Gefährdung des Kindes infolge Absinken der kindlichen Herztöne (92 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung.
2. Patientin lehnt den ihr trotz vorzeitigem Blasensprung vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Damit war der Weg für die Geburtsleitung festgelegt, er bestand demnach in Abwarten. Die absinkenden kindlichen Herztöne konnten durch 1 ccm Cardiazol i. v. zur Norm gebracht werden. Trotz der beträchtlichen Beckenverengerung kommt es bereits nach $3^1/_2$ stündiger Geburtsdauer zur Spontangeburt eines Kindes, das jedoch nicht reif ist. Gewicht: 2210 gr, Länge 45/44 cm. Infolge der Kleinheit des Kindes war es möglich, daß sich diese Geburt so schnell vollzog und ohne weitere Komplikationen vonstatten ging. Das Wochenbett verlief glatt und das Kind gedieh gut.

Nr. 630/38. 25 jähr. I. para, I. grav. Fall 34
Rechte HHL

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,5 cm nach G. B.
2. Vorfall eines Armes bei erst fünfmarkstückgroßem Muttermund.
3. Hintere Scheitelbeineinstellung.
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Da Patientin außerhalb der Klinik 3 mal vaginal untersucht war, bei der letzten vaginalen Untersuchung durch den Arzt die Blase sprang, mußte die Sectio abgelehnt werden.

III. Epikrise:

Wegen der unter II. angeführten Tatsachen wurde der Weg der konservativen Geburtshilfe eingeschlagen. Der vorgefallene Arm wurde in Äthernarkose reponiert und nach Wiedereinsetzen der Wehentätigkeit trat auch tatsächlich trotz der bestehenden hinteren Scheitelbeineinstellung der allerdings nicht übermäßig große kindliche Kopf ins Becken ein, sodaß es nach 19 stündiger Dauer zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes kam. Gewicht: 3020 gr, Länge 52 cm.
Mutter und Kind befanden sich p. p. wohl. So verlief für beide Teile der vorliegende Fall zur konservativen Therapie gezwungen überraschend günstig.

Nr. 658/38. 33 jähr. II. para, II. grav. Fall 35
Linker tiefer Querstand.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 7,7 cm n. G. B.
2. Röntgenologisch wird festgestellt, daß ein Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken besteht.
3. Gefährdung des Kindes (absinkende kindliche Herztöne, 86), als der Kopf noch fast in der Interspinallinie steht.
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin hat eine Schwangerschaftsdermatitis an Bauch und Oberschenkeln.
2. Kindlicher Kopf hat sich günstig eingestellt (vordere Scheitelbeineinstellung).

III. Epikrise:

Nach $20^1/_2$ stündiger Geburtsdauer kommt es unter Verwendung

der Gauß'schen Zange zur Geburt eines blau-asphyktischen Kindes aus linkem tiefen Querstand, nachdem zuvor die kindlichen Herztöne auf Cardiazol hin gebessert werden konnten (vorübergehend). Die Wiederbelebungsversuche des Kindes waren von Erfolg. Gewicht: 3630 gr, Länge 54/54 cm. Obwohl eine Beckenverengerung mit einer Vera von 7,7 cm vorlag, war es doch möglich, daß das relativ große Kind ohne weitere Schädigung zur Welt kam, zumal röntgenologisch doch ein Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken festgestellt war, aber infolge der guten Konfiguration des kindlichen Schädels mit vorderer Scheitelbeineinstellung verlief diese Geburt in verhältnismäßig kurzer Zeit für Mutter und Kind günstig.

Nr. 762/38. 38 jähr. IX. para, X. grav. Fall 36
Linke dorsoanteriore Querlage.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. 7 Kinder von den 10 bisher geborenen sind tot, 1 Fehlgeburt, nur 1 Kind lebt. (vergl. Krankengeschichte).
2. Status post sectionem.
3. Gefährdung des Kindes (hohe kindliche Herztöne 170, 180, 190 pro Minute).
4. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (tatsächlich 39 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung.
2. Trotz vorzeitigen Blasensprunges wird Patientin Entbindung durch Kaiserschnitt vorgeschlagen, der jedoch von ihr abgelehnt wird.

III. Epikrise:

Auf Grund der unter I. angeführten Gründe wurde der Patientin trotz vorzeitigen Blasensprunges die Sectio vorgeschlagen, aber von ihr abgelehnt. Daher mußte die Geburtsleitung den Weg der konservativen Therapie beschreiten. Die Wehen wurden durch Pituchinol, Thymophysin und Chinetten gebessert, die Herztöne durch Cardiazol zur Norm gebracht, sodaß es nach 39 stündiger Geburtsdauer durch Wendung und Extraktion zur Geburt eines oligopnoischen Kindes kommt. Gewicht: 4000 gr, Länge 54/53 cm. Die Wiederbelebungsversuche haben Erfolg. Trotz der starken Gefährdung des Kindes konnte dieses diesmal auch ohne Sectio lebend gewonnen werden. Mutter und Kind ging es p. p. gut und konnten bei Wohlbefinden aus der Klinik entlassen werden.

Nr. 1033/38. 34 jähr. V. para, VI. grav. Fall 37
Rechte hintere HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Zustand nach zweimaliger Sectio, alle bisherigen Kinder hatten hohe Geburtsgewichte.
2. Enges Becken I.° mit einer Conj. vera von 9,2 cm n. G. B.
3. Vorspringen des kindlichen Kopfes über die Symphyse.
4. Hoher Gradstand.
5. Gefährdung des Kindes (schwankende kindliche Herztöne zwischen 160 und 120).
6. Vermutlich lange Geburtsdauer weil der Kopf nicht tiefertritt. (tatsächlich 81 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung.
2. Von der Hebamme außerhalb der Klinik vaginal untersucht.

III. Epikrise:

Die Sectio wurde wegen der unter II. angeführten Gründe von der Geburtsleitung abgelehnt. Obwohl gute Wehentätigkeit besteht, tritt der Kopf nicht tiefer. Röntgenologisch war ein hinterer hoher Gradstand mit deutlicher Konfiguration festgestellt worden. Durch Lagerung der Patientin auf die rechte Seite, dann durch Walcher'sche Hängelage soll das Tiefertreten des Kopfes begünstigt werden, was auch allmählich bei guter Wehentätigkeit geschieht, sodaß nach 81 stündiger Geburtsdauer die Geburt mittels Forceps beendet werden kann. Das asphyktische Kind kann wiederbelebt werden. Gewicht 4190 gr, Länge 56/55 cm. Die Patientin erholt sich von ihrer peripheren Kreislaufschwäche durch Dauertropfinfusionen bald gut. Die infolge Zange aufgetretene Facialisparese des Kindes geht während des Klinikaufenthaltes zurück, so daß Mutter und Kind bei Wohlbefinden aus der Klinik entlassen werden können.

Daß es im vorliegenden Falle doch noch zur Geburt eines lebensfrischen Kindes kommen würde, war gerade in der letzten Phase der Geburt zweifelhaft geworden. Auch für die Patientin war dieser Geburtsverlauf kein leichter, aber ob er für sie bei einer Entbindung mittels Sectio günstiger verlaufen wäre, ist nach den Erfahrungen an „unreinen" Fällen stark zu bezweifeln.

Nr. 1207/38. 29 jähr. I. para, I. grav. Fall 38
Linker tiefer Querstand.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Ältere I. para.

2. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche und Rigidität der Weichteile. (tatsächlich 166 Stunden).
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte und schwankende kindliche Herztöne, 180, 110, Mekoniumabgang).
4. Dringender Wunsch nach lebendem Kinde.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin war nach erfolgtem Blasensprung von der Hebamme außerhalb einmal vaginal untersucht worden.

III. Epikrise:

Auf Grund der unter II. angeführten Tatsachen wurde eine Sectio von der Geburtsleitung abgelehnt. Die bestehende Wehenschwäche wurde versucht mit Cardiazol-Chinin, mit Pituchinol, mit Thymophysin, mit Orasthin anzugehen. Um eine Geburtsbeschleunigung herbeizuführen, wird die Kopfschwartenzange angelegt, wodurch tatsächlich der Kopf tiefer tritt. Als der Kopf dann tief genug steht, wird die Geburt mittels Forceps wegen Gefährdung des Kindes nach 166 stündiger Dauer beendet. Das Kind ist leicht asphyktisch, atmet und schreit sehr bald. Gewicht: 3620 gr, Länge 53/54 cm.

Obwohl die Wehenschwäche unbeeinflußbar blieb und das Kind beträchtlich gefährdet war, hielt die Geburtsleitung es doch für besser, abzuwarten, um die Frau wegen der außerhalb erfolgten Untersuchung nach Blasensprung nicht durch eine postoperative Peritonitis und Sepsis der Gefahr des Todes auszusetzen. Die Patientin hatte die langwährende Geburt verhältnismäßig gut überstanden, hatte nur noch eine Blutung bei liegender Placenta durchgemacht, weswegen sie eine Tutofusininfusion bekam. Patientin erholt sich gut. So verlief auch dieser Geburtsfall für beide Teile günstig.

Nr. 93/ 1939. 23 jähr. I. para, I. grav. Fall 39
Rechte HHL.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Gefährdung des Kindes in der Eröffnungsperiode (sehr beschleunigte kindliche Herztöne über eine Zeit von 3 Stunden anhaltend).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Es ist unklar, ob durch einen Kaiserschnitt ein reifes Kind gewonnen werden kann, da die Angaben der Patientin über ihre letzte Regel sehr ungenau sind.

III. Epikrise:

Aus dem unter II. angeführten Grund lehnt die Geburtsleitung die Sectio ab, denn wenn eine Sectio gemacht worden wäre, dann nur aus kindlicher Indikation. Aber in Anbetracht der ungenauen Angaben über die letzte Menses war nicht mit Sicherheit damit zu rechnen, daß das Kind reif ist. Daher wurde der Gedanke, eine Sectio auszuführen wieder fallen gelassen und trotz beträchtlicher Gefährdung die Spontangeburt abgewartet, zumal nach Blasensprengung eine Besserung der kindlichen Herztöne eintrat. So kam es nach 9stündigem Verlauf zur Spontangeburt eines lebensfrischen Kindes mit einem Gewicht von 3330 gr und einer Länge von 49/51 cm.

Der vorliegende Fall zeigt deutlich, daß die hiesige Klinik zur Ausführung eines Kaiserschnittes mit Recht niemals e i n e Indikation allein anerkennt, sondern daß verschiedene Indikationen nötig sind, um von der konservativen Therapie Abstand zu nehmen.

Nr. 121/39. 35jähr. VI. para, VI. grav. Fall 40
Gemini I. re. HHL., II. li. Fußlage.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Conj. vera von 8,1 cm (gemessen 1937!)
2. Gefährdung des Kindes (absinkende kindliche Herztöne, 108).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt den ihr vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab.

III. Epikrise:

Zunächst bestand der Verdacht auf großes Kind. An Gemini war nicht gedacht worden, da infolge des toten 2. Kindes keine Herztöne zu hören waren. Die Vera, die 1937 gemessen wurde, betrug 8,1 cm. Man schlug wegen des engen Beckens der Patientin die Entbindung durch Kaiserschnitt vor. Dieser wurde von ihr jedoch abgelehnt. So war man zum Abwarten gezwungen. Die während des weiteren Geburtsverlaufes absinkenden kindlichen Herztöne können durch Cardiazol zur Norm zurückgebracht werden. Nach einer 16stündigen Geburtsdauer kann die Geburt durch Forceps (Gauß A) beendet werden. Das Kind ist lebensfrisch. Gewicht 4260 gr, Länge 53/53 cm. Nach 40 Minuten wird ein zweites, aber totes Kind geboren aus linker Steißfußlage mit einem Gewicht von 2450 gr und einer Länge von 48 cm. Eine nochmals p. p. vorgenommene Veramessung ergibt jetzt eine Conj. vera von

7.5 cm n. G. B. und damit ein enges Becken II.-III.°. Es ist verwunderlich, wie in verhältnismäßig kurzer Zeit die Geburt eines im Verhältnis zur Beckenverengerung sehr großen Kindes ohne Schädigung für Mutter und Kind erfolgen konnte. Mutter und Kind konnten bei Wohlbefinden aus der Klinik entlassen werden.

Nr. 224/39. 26 jähr. I. para, I. grav. Fall 41
Rechte Gesichtslage im tiefen Querstand.

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken I.° mit einer Conj. vera von 9,1 cm n. G. B. Steißbein springt stark vor.
2. Vorspringen des Kopfes über die Symphyse.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne, 168, 172 pro Minute).
4. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge engen Beckens und Gesichtslage (tatsächlich 57 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Außerhalb der Klinik war die Patientin nach erfolgtem Blasensprung zweimal vaginal untersucht worden (einmal von der Hebamme, einmal vom Arzt).
2. Patientin lehnt den ihr trotzdem vorgeschlagenen Kaiserschnitt ab, weil sie auf die Gefahren desselben nach der unter II. 1. angeführten Tatsache hingewiesen wurde.

III. Epikrise:

Der Weg der einzuschlagenden Therapie lag damit für die Geburtsleitung fest, er bestand im Abwarten. Um ein Abgleiten in eine mentoposteriore Gesichtslage zu verhindern, wird die Patientin auf die linke Seite gelagert. Die beschleunigten kindlichen Herztöne können durch Cardiazol kaum gebessert werden. Bei völlig erweitertem Muttermund wird die Geburt aus kindlicher Indikation mittels Kjellandzange nach 57 Stunden beendet. Das blau-asphyktische Kind kann mit Erfolg wiederbelebt werden. Auch dieser Fall zeigt, daß trotz obengenannter Komplikationen nach Ablehnung einer an sich indizierten Sectio doch eine Geburt per vias naturales möglich war, ohne daß dabei die Mutter in irgendeiner Weise geschädigt wurde. Die „Schönheitsfehler" des Kindes (Zangendruckmarken), Hautabschürfungen und starker Geburtsgeschwulst) waren bei der Entlassung aus der Klinik nicht mehr zu sehen.

B II 1.)

8 ohne Perforation ungünstig für das Kind ausgegangene Fälle.

a) Auszüge aus den Krankengeschichten

Fall 1. Nr. 379/1935. 32 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts besonderes zu erwähnen.

Allgemeinbefund: Puls 76, RR 120/80, Temp. 37° rectal.

Geburtshilfl. Befund: Letzte Menstruation am 11. 7. 34; demnach ist die Geburt am 18. 4. 35 zu erwarten. Größter Leibesumfang 103 cm, kindliche Herztöne bei der Aufnahme 128 pro Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 22,5 cm; dist. crist. 25 cm; dist. troch. 30,5 cm, conj. externa 20,0 cm.

Aus dem Geburtsbericht: 32 jährige, alte I. para kommt am 1. 5. 35 9 Uhr mit leichten Wehen seit 10 Stunden zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Rechte Schädellage; Kind lebt, enges Becken, Promontorium rectal erreichbar. MM. zweimarkstückgroß, Kopf steht im Beckeneingang. Innerhalb der nächsten 24 Stunden Abnahme der Wehentätigkeit bis zur völligen Wehenlosigkeit. Am 2. 5. 35 steht Patientin auf und geht umher, da keine Wehen mehr vorhanden sind. Am 4. 5. 22 Uhr Wiederaufnahme mit mäßiger Wehentätigkeit. Da mekoniumhaltiges Fruchtwasser abgeht, wird vaginal untersucht: MM. fünfmarkstückgroß, es steht deutlich eine neue Blase, der Kopf ist beweglich im Beckeneingang. Am 5. 5. morgens immer noch Mekoniumabgang, die Patientin wird auf die Gefährdung des Kindes aufmerksam gemacht, denn inzwischen waren die kindlichen Herztöne auf 108 pro Minute abgesunken. Die ihr daher vorgeschlagene Sectio wird von ihr abgelehnt. Am 5. 5. nachmittags ist der MM. immer noch fünfmarkstückgroß, der Kopf steht mit seiner Leitstelle einen Querfinger über der Interspinallinie. Es geht immer noch mekoniumhaltiges Fruchtwasser bei inzwischen wieder zur Norm zurückgekehrten kindlichen Herztönen ab. Der Patientin wird erneut die Sectio vorgeschlagen, die wiederum von ihr abgelehnt wird. Um 19,15 Uhr steigen die kindlichen Herztöne auf 180 pro Minute, die Wehentätigkeit läßt nach, die Herztöne bleiben hoch. Zur Wehenanregung Pituchinol (0,5 i. m.) ohne Erfolg. Wegen weiterhin schlechter Wehentätigkeit fraktionierte Pituchinol mit nur mäßigem Erfolg. Um 18,30 Uhr am 6. 5. 35 sind die kindlichen Herztöne wiederum auf 160 bis 188 angestiegen. Dauernder Mekoniumabgang. Kein Fortschritt in der Geburt. Weitere Gaben von Thymophysin, Chinin wegen völligen Wehenstillstandes bleiben ohne Erfolg. Herztöne steigen auf 200 pro Minute. Es wird beschlossen: Keine weitere Wehenanregung; wenn die kindlichen Herztöne abfallen, Forceps trotz

nicht völlig erweiterten Muttermundes. In der Frühe des anderen Tages (4 Uhr) steigt der mütterliche Puls auf 120. Vaginale Untersuchung um 5 Uhr: Status idem. Plötzlich sinken die kindlichen Herztöne auf 100 ab, MM. handtellergroß mit dickem Saum. Kopf mit seiner Leitstelle knapp unter der Interspinallinie, Kopfgegeschwulst fast auf dem Beckenboden. Anlegen der Kjellandzange. Unter Anlegung einer Episiotomie kann um 5.18 Uhr ein männliches Kind gewonnen werden, das aber keinen Herzschlag mehr zeigt. Wiederbelebung ohne Erfolg. Geburtsgewicht: 3700 gr; Länge: 54 cm. Eine post partum vorgenommene Veramessung ergibt 8,9 cm (n. G. B.) Gesamtblutverlust 600 gr, Geburtsdauer 150 Stunden 40 Minuten. Im Wochenbett trat eine Bronchopneumonie auf, im späteren Verlauf eine Myocarditis, weswegen eine Verlegung nach der medizinischen Klinik erfolgte.

Fall 2. Nr. 1017 1936. 36 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: 1934 erster Partus nach 16 stündiger Geburtsdauer, Sectio nach Dörfler, Kind lebt, hat ein Geburtsgewicht von 3000 gr.

Allgemeinbefund: Puls 80, RR 110 60, Temp. 37,2° rectal. Geburtshilfl. Befund: Letzte Menstruation am 25. III. 36, wonach die Geburt am 1. I. 37 zu erwarten ist; größter Leibesumfang 95 cm. Kindliche Herztöne bei der Aufnahme 140 pro Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 29,5 cm; conj. ext., 17,0 cm; conj. vera 8,1 cm n. G. B.

Außerhalb der Klinik erfolgte zweimalige vaginale Untersuchung, und zwar einmal vom Arzt nach erfolgtem Blasensprung.

Aus dem Geburtsbericht: 36 jähr. II. para, II. gravida kam am 12. 12. 36 10,30 Uhr zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Enges Becken II.°, status p. sect. Linke Schädellage, Kind lebt; Wehenbeginn seit 14 Stunden, Blase vor $5^1/_2$ Stunden gesprungen. Rectalbefund: MM. fünfzigpfennigstückgroß, Kopf beweglich im Beckeneingang, Kinn rechts 4 Querfinger über der Symphyse. Sehr kräftige Wehen, Patientin klagt über Leibschmerzen, Uterus ist ganz nach rechts verlagert. Infolge der vaginalen Untersuchung kommt trotz oben genannter Geburtsschwierigkeiten eine Sectio nicht mehr in Frage. Es soll der Versuch gemacht werden, die Spontangeburt zu erzwingen. Die Geburt macht langsame Fortschritte, sodaß nach 24 Stunden der MM. knapp fünfmarkstückgroß ist. Der Kopf steht fest auf dem Beckeneingang mit erheblicher Kopfgeschwulst, die etwa 2 Querfinger unter die Interspinallinie reicht. Am 13. 12. um 13 Uhr steigen die kindlichen Herztöne auf 180 und bleiben trotz Cardiazol hoch. Wehentätigkeit gut, Patientin klagt

über erhebliche Schmerzen oberhalb der Symphyse und in der Blasengegend. Kein bedrohlicher Druckschmerz des unteren Uterinsegmentes, Urin trüb, aber nicht blutig. Auch während des 13. 12. kein wesentlicher Fortschritt der Geburt. Da die Frau infolge der langen Geburtsdauer stark erschöpft ist, wird 1 ccm Dilaudid gegeben, worauf die Wehen ganz aufhören und die Frau von 10 Uhr vorm. bis gegen Abend (14. 12.) schläft. Da der Uterus ganz nach rechts liegt, wird möglichst linke Lagerung eingehalten. Gegen Abend wieder Einsetzen sehr kräftiger Wehentätigkeit, Patientin klagt wiederum über sehr heftige Wehentätigkeit. Mäßige Druckempfindlichkeit des unteren Uterinsegmentes, keine Zeichen für drohende Uterusruptur. Temperatur ist inzwischen auf über 38° angestiegen. Abgang von stinkendem, erbssuppenähnlichen, gashaltigen Fruchtwassers. Tympania uteri. Um 6 Uhr am 15. 12. MM handtellergroß. Temperatur jetzt 39°, daher Beschluß zum Forceps. Nach Anlegung von Muttermundsincisionen wird versucht, die Kjellandzange an dem 2 Querfinger unter der Interspinallinie stehenden Kopfe anzulegen, was infolge der Enge mißlingt. Die Zange wird daher im Queren Durchmesser geschlossen und der Kopf rotiert und nach Anlegung einer Episiotomie entwickelt. Das Kind ist 2770 gr. schwer, 50/50 cm lang und schwer asphyktisch. Atmung nach drei Minuten, schreit nach 8 Minuten. Das Kind zeigt Zangendruckstellen über der rechten Gesichtshälfte und eine etwa markstückgroße Druckmarke mit zentraler Nekrose über dem linken Ohr vom Promontorium stammend. Cervixrevision, Naht; post part. ist die Patientin in einem ganz guten Zustand. Da der Puls allmählich weich wird, Tutofusininfusion. Gesamtblutverlust 800 gr. Geburtsdauer 83 Stunden 11 Minuten. Kind starb noch am Abend der Geburt. Die Obduktion ergab eine erhebliche Aspiration von Fruchtwasser mit Atelektasen größerer Lungenabschnitte. Wochenbett: Puerperalfieber.

Fall 3. Nr. 485/1937. 39 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts besonderes hervorzuheben.

Allgemeinbefund: Geringe Oedeme an beiden Knöcheln, Puls 84, RR 120/85, Temp. 36,9° rectal.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 15. 8. 36, wonach die Geburt am 22. 5. 37 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 101 cm, kindliche Herztöne bei der Aufnahme 138 pro Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 27 cm, Dist. crist. 29,5 cm, Dist. troch. 31,5 cm, conj. ext. 20,0 cm.

Aus dem Geburtsbericht: 39 jähr. I. para, I. grav. kommt am 21.

5. 37 um 6,30 Uhr ohne Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Alte Erstpara, vorzeitiger Blasensprung, linke Schädellage, Kind lebt. Da der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht, besteht der Verdacht auf enges Becken. Äußere Beckenmaße jedoch normal, Promontorium rectal nicht erreichbar, MM. geschlossen. Beschluß: Einleitung einer Pituchinolkur. Daraufhin leichte Wehen, die nach Beendigung der Kur wieder sistieren. Verlegung auf Station. Wiederaufnahme am 22. 5. um 14.20 Uhr auf den Kreißsaal. MM. für eine Fingerkuppe durchgängig, Kopf dem Becken aufgepreßt, leichte Wehentätigkeit. Da am 23. 5. vormittags die Geburt wegen der schlechten Wehentätigkeit keinen Fortgang nimmt, wird 1 ccm Dilaudid gegeben. Am 24. 5. 37 setzt um 7 Uhr erstmalig gute Wehentätigkeit ein. MM. kleinhandtellergroß. Leitstelle knapp in der Interspinallinie. Man fühlt als Leitstelle die große Fontanelle, Pfeilnaht im queren Durchmesser. Es besteht eine beträchtliche Geburtsgeschwulst, die über den tatsächlichen Stand der knöchernen Leitstelle hinwegtäuscht. Im weiteren Verlauf kein wesentlicher Fortschritt zu verzeichnen. Temperatur 38,3°, Puls 96 bis 104. Die kindlichen Herztöne sind seit 11 Uhr schwankend (160 bis 120 pro Minute). Um 12,15 Uhr vaginale Untersuchung: Deflexionshaltung. Trotz Cardiazolgaben ist das sehr starke Schwanken der kindlichen Herztöne ab 19 Uhr nicht zu beeinflussen. Erheblicher Meteorismus, Puls 112, Temp. 38,2°, starke Unruhe der Patientin. 18,25 Uhr vaginale Untersuchung: Saum, Leitstelle (Geburtsgeschwulst) fast auf dem Beckenboden. 19,35 Uhr abermalige vaginale Untersuchung: Obere Orbitalränder fühlbar, rechte Stirnlage im Querstand. Leitstelle in der Interspinallinie, also der Kopf noch nicht im Becken. Aus mütterlicher und kindlicher Indikation wird daher der Beschluß zur Zange gefaßt. 19,40 Uhr Anlegen der Kjellandzange im lk. schrägen Durchmesser. Herunterziehen des Kopfes und Versuch der Rotation. Rotation gelingt nicht, daher Anlegung der Zweifel'schen Zange. Anlegen einer ziemlich großen Episiotomie, die bei der Entwicklung des Kopfes bis zum Sphinkter weiterreißt. 19,48 Uhr Geburt eines 3000 gr schweren, 51 cm langen männl. Kindes, das schwer asphyktisch ist, apnoisch wird, aber mit Herzschlag geboren. Langdauernde Wiederbelebungsversuche sind erfolglos. Naht der Episiotomie. Placenta vollständig, 17 Min. p. p. nach Duncan. Allgemeinbefinden der Patientin gut. Geburtsdauer 55 Stunden 48 Minuten. Gesamtblutverlust 300 gr.

Fall 4. Nr. 700/1938. 25 jähr. I. para, I. gravida.
Aus der Anamnese ist nichts Besonderes hervorzuheben.
Allgemeinbefund: Puls 72, RR 145/95, Temp. 36,8° rectal.
Eiweiß im Urin stark vorhanden.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation am 11. Oktober 1937, wonach die Geburt am 18. Juli 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 103 cm, die kindlichen Herztöne 136 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 24,5; dist. crist. 26,5 cm; dist. troch. 30,5 cm. Conj. ext. 19,5 cm; conj. vera 8,2 cm n. G. B. Aus dem Geburtsbericht: 25 jähr. I. para kommt am 10. 7. 38 um 12,20 Uhr mit angeblich gesprungener Blase und leichter Wehentätigkeit zur Kreißsaalaufnahme. Temp. 36,8° rectal, MM. geschlossen. Kopf beweglich über dem Becken. Enges Becken II.°, mit einer conj. vera von 8,2 cm (durch die Poliklinik festgestellt). Da eine Schnittentbindung in Betracht kam, war Patientin sofort bei Blasensprung bestellt. Jetzt liegt angeblich der Blasensprung 15 Stunden zurück. Röntgenaufnahme ergibt: Doppeltes Promontorium, Rö-vera 9,1 cm, Kopf auf dem Becken, springt vor, leichte hintere Scheitelbeineinstellung. Wegen des vorzeitigen Blasensprunges wird trotz obiger Indikationen von einer Sectio Abstand genommen. Am 11. 7. 38 um 15 Uhr ist der MM. bei mäßiger Wehentätigkeit einmarkstückgroß. 17,35 Uhr kindliche Herztöne 192 pro Minute. 1 ccm Cardiazol i. m., Herztöne 168. Da die Wehen sistieren, Verlegung auf Station. Um 21 Uhr Einsetzen leichter Wehen. Wiederaufnahme auf den Kreißsaal. MM. markstückgroß, Temp. 39,4°. Zur Anregung der Wehentätigkeit halbstündlich eine Chinette. Um 22 Uhr ist der MM. fünfmarkstückgroß, Pfeilnaht steht quer, etwas nach hinten. Die kindlichen Herztöne 200—172. Am 13. 7. ist bei mäßigen Wehen um 7,50 Uhr der MM. kleinhandtellergroß. Unter leidlichem Erfolg wird zur weiteren Anregung der Wehentätigkeit Pituchinol gegeben, sodaß um 11,45 Uhr der MM. handtellergroß ist und die Leitstelle in der Interspinallinie steht. Die Wehen sind inzwischen wieder schlecht geworden. Um 17 Uhr wird 1 ccm Dilaudid gegeben. Die kindlichen Herztöne bewegen sich im Bereiche der Norm, steigen nur manchmal auf 180 an. Am 14. 7. um 8,30 Uhr ist der MM. bis auf einen Saum erweitert. Es wird beschlossen, wenn irgend möglich die Spontangeburt abzuwarten und um 12,40 Uhr ist der Kopf in der Tiefe sichtbar, sodaß um 13,45 Uhr nach Anlegung einer Episiotomie mit Hilfe des Kristeller'schen- und Ritgen-Ohlhausen'schen Handgriffes ein männliches Kind geboren wird. Das Kind ist blau-asphyktisch, atmet bald, wird vorsichtig im Bade belebt und in's Bett gelegt. Die Augen quellen beide hervor. Das Kind zeigt Hirndruckerscheinungen. 14,30 Uhr folgt auf Credé die sicher vollständige Placenta. Geburtsgewicht: 3650 gr, Länge 54/54 cm, Geburtsdauer 92 Stunden 15 Minuten, Gesamtblutverlust 720 gr. Am 15. 7. 38 23 Uhr Kind †. Die Todesursache laut Sectionsbericht, Fruchtwasseraspiration und Lungenatelektasen. Klinische Todesursache: Gehirnschädigung.

Fall 5. Nr. 898/38. 32 jähr. III. para, III. garvida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen:

1935 erster Partus mit einer einige Tage währenden Geburtsdauer und schlechter Wehentätigkeit. Beckenausgangszange. Kind —. 1937 II. Partus. Geburtsdauer 2 Tage. Spontan. Kind +. Patientin gibt an, daß sie Rachitis gehabt hat und erst mit 4 Jahren Laufen gelernt hat.

Allgemeinbefund: Angedeutetes Caput quadratum, crura vara, Körpergröße 156 cm, Puls 100, RR 125 85, Temp. 36,1° rectal. Struma nodosa.

Geburtshilflicher Befund: Letzte Menstruation 10. 12. 37, wonach die Geburt am 17. 9. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 105 cm, kindliche Herztöne 152 pro Minute. Beckenmaße: Dist. spin. 26 cm; dist. crist. 28,5 cm; dist. troch. 32 cm; conj. ext. 20,5 cm; conj. vera 8,0 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Genannte Patientin wird am 12. 9. 38 vom Arzt kurz ante term. eingewiesen, da der Verdacht auf ein enges Becken besteht und schon zwei Kinder unter der Geburt gestorben sind. Befund: Rechte Schädellage, Kind lebt, Promontorium rectal erreichbar; eine Rö-Veramessung ergibt eine vera von 8,1 cm. Daher wird der Patientin der Vorschlag zu einem Kaiserschnitt gemacht, um ihr ein lebendes Kind garantieren zu können. Die Schnittentbindung wird sowohl von der Patientin selbst als auch von ihrem Manne abgelehnt, weswegen eine Spontangeburt abgewartet werden muß. Am 20. 9. 20,30 Uhr beginnen die Wehen, daher um „,30 Uhr Kreißsaalaufnahme. Um 10 Uhr ist der MM. für drei Finger durchgängig, Kopf mit seiner Pfeilnaht im queren Durchmesser, einen Querfinger über der Interspinallinie. Die Blase war um 6,30 Uhr gesprungen. Da die Wehen kräftig sind, setzt um 12,50 Uhr die erste Preßwehe ein, wobei der Kopf sichtbar wird und um 13,06 Uhr kommt es zur Spontangeburt, eines reifen 3870 gr. schweren, 55/56 cm langen, blau asphyktischen Kindes aus rechter Hinterhauptslage. Nach sofortiger Wiederbelebung atmet das Kind, schreit jedoch nicht. Der kindliche Kopf ist sehr stark ausgezogen, und da die Gefahr eines Geburtstraumas besteht, wird das Kind in's Bett gelegt. 13.24 Uhr sicher vollständige Placenta nach Schultze. Gesamtblutverlust 50 gr. Geburtsdauer 16 Stunden 35 Minuten. Eine p. p. durchgeführte Veramessung ergibt eine vera von 8,0 cm n. G. B.

In der Zeit des Klinikaufenthaltes hat das Kind öfters Krämpfe, das Kind gedeiht schlecht und wird am 3. 10. auf Wunsch der Eltern in desolatem Zustand nachhause entlassen.

Fall 6. Nr. 943/38. 24 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts Besonderes zu erwähnen.

Aus dem Allgemeinbefund: Puls 80 pro Minute, RR 155/95, Temp. 37° rectal.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Patientin gibt an, daß ihre Menstruation unregelmäßig erfolgte (4 Wochen bis 3 Monate). Die letzte Menstruation war Mitte Dezember 1937, wonach die Geburt Ende September 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 101 cm, kindliche Herztöne 148 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm; dist. crist; 29 cm; dist. troch. 30 cm; conj. ext. 18 cm; conj. vera 8,7 n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Die 24 jährige I. para wird am 5. 10. 38 um 12,30 Uhr vom Arzt eingewiesen mit dem Begleitschreiben, daß vom einweisenden Arzt der Versuch gemacht wurde, die Geburt durch Zange zu beenden. Da es aber nicht gelang, den zweiten Löffel infolge nicht völlig erweiterten Muttermund einzuführen, wurde von gewaltsamer Entbindung abgesehen und die Einweisung veranlaßt. Angeblich soll die Geburt schon seit dem 3. 10. 20 Uhr begonnen haben. Die Blase ist nach Angabe der Patientin 9 Stunden vor der Klinikaufnahme gesprungen.

Befund: MM. fünfmarkstückgroß, dick, Blase gesprungen, Kopf vorliegender Teil ein bis zwei Querfinger über der Interspinallinie. Eine seitliche Rö-Beckenmessung ergibt eine Rö-vera von 8,3 cm, der kindliche Schädel ist stark konfiguriert. Die Sectio wird wegen der Infektionsgefahr (Zangenversuch, zweimalige vaginale Untersuchung außerhalb der Klinik, vorzeitiger Blasensprung) abgelehnt. Zur Schmerzlinderung bekommt die Frau Dilaudid. Bei guter Wehentätigkeit ist um 22,10 Uhr der Kopf auf dem Beckenboden angelangt. Zur Beschleunigung der Rotation des kindlichen Schädels wird die Frau auf die linke Seite gelegt. Kindliche Herztöne bewegen sich im Bereiche der Norm. Da das Kind sehr groß ist, macht die Geburt nach Durchschneidung des Kopfes bei der Entwicklung der Schultern und des Steißes gewisse Schwierigkeiten. 23,52 Uhr Geburt eines 4160 gr schweren, 55 cm langen blau-asphyktischen Kindes. Die Wiederbelebung ist ohne Erfolg. Der kindliche Herzschlag wurde 18 Minuten lang beobachtet. Der kindliche Kopf zeigte eine außergewöhnlich starke Konfiguration. Die Placenta wird exprimiert, wobei sich 300 gr Blut entleeren. Eine p. p. vorgenommene Veramessung ergibt eine conj. vera von 8,7 cm. Gesamtblutverlust 800 gr, Geburtsdauer 48 Stunden 42 Minuten.

Das Kind starb am 6. 10. unter dem Zeichen einer cerebralen Schädigung infolge intrakranieller Blutung, die durch die Obduktion bestätigt wurde (Tentoriumriß).

Fall 7. Nr. 1186/1938. 33 jährige IV. para, V. garvida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: 1927 Abort, mens IV; 1928, nach 36 stündiger Geburtsdauer und schlechter Wehentätigkeit Beendigung der Geburt durch Forceps. Kind 4000 gr, lebt. 1933, nach 15 stündiger Geburtsdauer und mäßiger Wehentätigkeit, Wendung und Extraktion bei Nabelschnurvorfall. Kind 4400 gr., nach 25 Stunden † (Wirbelsäulenfraktur). 1935, nach 3 stündiger Geburtsdauer und guter Wehentätigkeit, Steißlagenhilfe, erfolgte die dritte Geburt. Kind 4350 gr., lebt.

Aus dem Allgemeinbefund: Puls 76; RR 150/90; Temp. 37° rectal. Struma mäßig vergrößert. Eiweiß in Spuren im Urin.

Aus dem geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 10. 3. 38, wonach die Geburt am 15. 12. 38 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 124 cm, kindliche Herztöne 140 pro Minute bei der Aufnahme. Beckenmaße: Dist. spin. 28 cm, dist. crist 30 cm, dist. troch. 32 cm; conj. ext. 20 cm; conj. vera 9,8 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Genannte Patientin kommt am 21. 12. 38 zur Kreißsaalaufnahme mit gesprungener Blase und leichter Wehentätigkeit, ad terminum. Diagnose: Rechte Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund um 10,30 Uhr: MM. für zwei Finger durchgängig, Blase gesprungen, Kopf beweglich im Beckeneingang. Bei mäßig bis guter Wehentätigkeit ist um 12,10 Uhr der Kopf fest im Beckeneingang, der MM. für $2^1/_2$ Finger durchgängig. Die kindl. Herztöne steigen auf 168 an und bleiben trotz Cardiazolgaben in ihrer Frequenz hoch. Ab 10,45 Uhr wird Patientin auf die rechte Seite gelagert. Da sich die Herztöne nicht erholen und um 13,10 Uhr der Befund noch immer unverändert ist, wird eine vaginale Untersuchung vorgenommen: Hoher vorderer Gradstand, bei für 4 Finger durchgängigem MM. Da eine Sectio von der Patientin abgelehnt wird, wird der Entschluß zur Wendung gefaßt. Eingehen der rechten Hand. Kind wird in linker Schädellage getastet, Kopf abgeschoben, dann völlige Erschlaffung des Uterus abgewartet. Daraufhin wird das linke Bein herabgeholt. Es gelingt nicht, das Kind ganz zu extrahieren, noch den Fuß über die große Zehe zu rotieren. Deshalb wird auch der zweite Fuß herabgeholt weitere Extraktion des Kindes macht große Schwierigkeiten. Walcher'sche Hängelage, wobei es gelingt, die Arme zu lösen. Der rechte hintere Arm ist hochgeschlagen, der linke nicht. Zuvor war durch Drehmanöver versucht worden, den rechten (hinteren) Arm nach Nürnberger herunter zu holen, was anscheinend gelungen ist. Veit-Smelli mit Wiegand-Martin-Winkel. Kind wird nach dem Mechanismus der linken Steißlage jedoch ohne Herzschlag geboren. Gewicht: 4720 gr, Länge 58 cm. Die Geburt erfolgte um 13,50 Uhr. 8 Minuten später Placenta sicher vollständig nach

Duncan. Revision der Cervix: Linksseitiger Cervixriß, der mit zwei Nähten versorgt wird. Gesamtblutverlust: 420 gr., Geburtsdauer: 10 Stunden 50 Minuten.

Das Kind war infolge Wirbelsäulenfraktur mit Rückenmarkschädigung gestorben. Ferner bestand laut Sectionsbericht ein Tentoriumriß.

Fall 8. Nr. 5/1939. Eine 28 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts Besonderes hervorzuheben.
Aus dem Allgemeinbefund: Leichte Oedeme an beiden Unterschenkeln. Varicen in der rechten Kniekehle. Puls 92, RR 150/95, Temp. 37,5° rectal. Eiweiß stark vorhanden im Urin. Aus dem Geburtshilflichen Befund: Letzte Menstruation am 25. 3. 38, wonach die Geburt am 1. 1. 39 zu erwarten ist. Größter Leibesumfang 98 cm; kindliche Herztöne 160 pro Minute.

Beckenmaße: Dist. spin. 25,5 cm; dist. crist. 27,5 cm; dist. troch. 30.5 cm; conj. ext. 18,0 cm; conj. vera 7,1 cm n. G. B.

Aus dem Geburtsbericht: Genannte Patientin kommt am 1. 1. 39 um 9,30 Uhr (23 Stunden nach Wehenbeginn, $7^1/_2$ Stunden nach Blasensprung) vom Arzt wegen engen Beckens eingewiesen, mit guten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Rectalbefund: MM. für knapp 2 Finger durchgängig. Cervix entfaltet, Blase gesprungen, Kopf mit der Leitstelle knapp in der Interspinallinie. Patientin gibt an, außerhalb der Klinik dreimal vaginal untersucht worden zu sein. Eine Rö-Veramessung ergibt 8,3 cm. Der kindliche Kopf ist stark konfiguriert. Kindliche Herztöne 160—180. Keine Besserung auf Cardiazol. Eine erneute Rö-Aufnahme zeigt, daß der Kopf nicht wesentlich tiefer getreten ist und die Pfeilnaht sich in den queren Durchmesser gedreht hat. Temp. 37,9° rectal, mütterlicher Puls 180 pro Minute. Um 17 Uhr sind die kindlichen Herztöne auf 188 angestiegen. Um 18,20 Uhr ist der MM. völlig, der Kopf steht mit der Pfeilnaht im rechten Schrägen, 1—2 Querfinger unter der Interspinallinie (die Kopfgeschwulst wird auf 1—2 cm geschätzt). Um 18,30 Uhr erste Preßwehe. Eine nochmalige Rö-Aufnahme ergibt, daß die Pfeilnaht im geraden Durchmesser, etwa in der Interspinallinie steht, eine Messung des Abstandes zwischen Proment. und Symphysennaher Kopfbegrenzung ergibt 7,1 cm. 20 Uhr vaginale Untersuchung: MM. bis auf einen Saum erweitert, Kopf mit grader Pfeilnaht in der Interspinallinie, Rücken vorn (Vorderer hoher Gradstand). Beschluß: Da z. Zt. Entbindung durch Forceps unmöglich ist, abwarten. Um 20,35 Uhr ist der Kopf sichtbar und um 20,51 Uhr kommt es zur Spontangeburt eines reifen, 2930 gr schweren, 52 cm langen, schwer asphyk-

tischen Kindes. Das Kind zeigt Herzschlag. Alle Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. 21,18 Uhr sicher vollständige Placenta spontan nach Schultze. Gesamtblutverlust 520 gr, Geburtsdauer 32 Stunden 51 Minuten. Eine p. p. ausgeführte Veramessung ergab 7,1 cm. nach G. B. Nach dem Sectionsbericht starb das Kind infolge Tentoriumrisses und dadurch bedingter Blutung in die Ventrikel.

B II. 1. b) *Kritische Besprechung.*

Nr. 379/35. 32 jähr. I. para, I. gravida. Fall 1

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Enges Becken II.° mit einer Konjugata vera von 8,9 cm n. G. B.
3. Gefährdung des Kindes: a) absinkende kindliche Herztöne (108 pro Minute); b) Mekoniumabgang.
4. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche (tatsächlich 150 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin lehnt die Schnittentbindung ab.

III. Epikrise:

Wegen des unter II. angeführten Grundes war die Geburtsleitung gezwungen, abzuwarten. Es gelang trotz der verschiedensten Wehenmittel nur zum Teil die bestehende Wehenschwäche zu beeinflussen; die kindlichen Herztöne konnten trotz wiederholter Cardiazolgaben nur vorübergehend zur Norm gebracht werden. Das nach 150 stündiger Geburtsdauer gewonnene Kind mit einem Geburtsgewicht von 3700 gr und einer Länge von 54 cm konnte nicht wieder belebt werden. Der Wochenbettsverlauf der Frau war durch eine Bronchopneumonie kompliziert, von der sie sich jedoch wieder erholte, sodaß sie bei relativem Wohlbefinden nach Hause entlassen werden konnte.

Nr. 1017/36. 36 jährige II. para, II. gravida. Fall 2

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Status post sectionem nach Dörfler.
2. Enges Becken II.° mit einer Konjugata vera von 8,1 cm.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne von 180 pro Minute).
4. Rechtsverlagerung des Uterus.
5. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (Tatsächlich 83 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Patientin ist zweimal außerhalb der Klinik vaginal untersucht worden.

III. Epikrise:

Trotz obiger Indikation für eine Sectio wird diese wegen der außerhalb erfolgten vaginalen Untersuchung für zu gefährlich erachtet. Die Geburtsleitung sah sich daher gezwungen, abzuwarten und schließlich die Geburt durch Forceps zu beenden. Das nach 83 stündiger Geburtsdauer gewonnene Kind mit dem Geburtsgewicht von 2770 gr und einer Länge von 50/50,5 cm starb noch am Abend der Geburt infolge Fruchtwasseraspiration. Der Wochenbettsverlauf war durch ein Puerperalfieber kompliziert. Nach dreiwöchentlichem Klinikaufenthalt konnte die Patientin nach Hause entlassen werden.

Daß die Geburtsleitung zum abwarten berechtigt war, zeigt die Tatsache, daß die Frau ein Puerperalfieber bekam, aus dem bei einer vorgenommenen Sectio leicht eine postoperative Sepsis hätte entstehen können, an der die Patientin zu Grunde gegangen wäre.

Nr. 485/37. 39 jährige I. para, I. gravida. Fall 3

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Alte I. para.
2. Stirnlage.
3. Gefährdung des Kindes (Schwankende kindliche Herztöne zwischen 180—120 pro Minute).
4. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (Tatsächlich 55 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. vorzeitiger Blasensprung.
2. Erst während des Geburtsverlaufes taucht der Verdacht auf ein enges Becken auf, zu einem Zeitpunkt, als die Geburtsleitung eine Sectio für zu gefährlich hält für die Patientin.

III. Epikrise:

Die äußeren Beckenmaße ließen kein enges Becken vermuten. Es wurde daher eine Sectio nicht in Erwägung gezogen. Die kindlichen Herztöne mit Cardiazol zur Norm zu bekommen, war ohne Erfolg; ebenso konnte die Wehenschwäche durch Pituchinol kaum beeinflußt werden. In dem Augenblick, wo durch eine Sectio wohl das Kind noch lebend hätte erhalten werden können, mußte der Eingriff abgelehnt werden, da Geburtsdauer zu lange währte.

Es wird daher versucht, das gefährdete Kind nach einer 55 stündigen Geburtsdauer mittels Forceps zu retten. Geburtsgewicht 3000 gr, Länge 51 cm, jedoch sind die Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg.
Der vorliegende Fall zeigt, daß der Geburtsleitung das mütterliche Leben höher zu stehen hat, als das des Kindes. Die Mutter überstand die Geburt gut und der Wochenbettsverlauf hatte keinerlei Komplikationen, mit denen wohl bei einer Schnittentbindung mit großer Wahrscheinlichkeit zu rechnen gewesen wäre.

Nr. 700/38. 25 jährige I. para, I. gravida. Fall 4

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Konjugata vera von 8,2 cm n. G. B., mit Vorspringen des kindlichen Kopfes über die Symphyse.
2. Hintere Scheitelbeineinstellung.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne von 192, 168 pro Minute).
4. Vermutlich lange Geburtsdauer infolge Wehenschwäche. (Tatsächlich 92 Stunden).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung, der 15 Stunden vor der Klinikaufnahme erfolgte.

III. Epikrise:

Wegen des unter II. angeführten Grundes wird trotz beträchtlicher Gefährdung des Kindes zugewartet, um die Patientin durch einen operativen Eingriff nicht auch noch in Gefahr zu bringen. Daß die Uterushöhle bereits infiziert war, beweist die im letzten Teil des Geburtsverlaufes auftretende Temperatursteigerung von 39,4° rectal. Die Wehenanregung mit Chinetten gelingt nur teilweise, auch die beschleunigten kindlichen Herztöne können durch Cardiazol nur teilweise zur Norm gebracht werden. Es gelingt leider nicht das geburtsgeschädigte Kind, das nach 92 Stunden mit einem Geburtsgewicht von 3650 gr und einer Länge von 54/54 cm geboren wird, wieder zu beleben, da es hirngeschädigt ist.
Zusammenfassend ist also zu sagen, daß die Ablehnung einer Schnittentbindung im Interesse der Mutter nach dem Geburtsverlauf durchaus gerechtfertigt war, wenn auch das Kind dabei geopfert werden mußte.

Nr. 898/38. 32 jährige III. para, III. gravida. Fall 5

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Die 2 bisher geborenen Kinder starben intra partum ab (Forceps, Spontangeburt).

2. Enges Becken II.° mit einer vera von 8,0 cm n. G. B.
3. Verdacht auf großes Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung der Sectio:

1. Patientin lehnt die Schnittentbindung ab.

III. Epikrise:

Wegen des unter II. angeführten Grundes ist die Geburtsleitung von vornherein gezwungen abzuwarten. Das relativ große Kind (3870 gr, Länge 55/56 cm) wurde nach 16 stündiger Geburtsdauer wohl lebend geboren, zeigte aber unmittelbar post partum Hirndruckerscheinungen, und in den nächsten Tagen des Klinikaufenthaltes vermutlich cerebral bedingte Anfälle. Auf Wunsch der Eltern wird es im desolatem Zustande nach Hause entlassen.
Es ist also nicht der Geburtsleitung zur Last zu legen, daß die Frau wiederum kein lebendes Kind hat, denn die Geburtsleitung wollte ihr durch die Schnittentbindung zu einem lebenden Kinde verhelfen.

Nr. 943/38. 42 jährige I. para, I. gravida. Fall 6

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Vera von 8,7 cm n. G. B.
2. Verdacht auf großes Kind, der röntgenologisch bestätigt wird, wobei gleichzeitig eine außergewöhnlich starke Konfiguration des kindlichen Schädels festgestellt wird.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung, der 9 Stunden vor der Klinikaufnahme erfolgte.
2. Mißlungener Zangenversuch außerhalb der Klinik.
3. Zweimalige vaginale Untersuchung durch Hebamme und Arzt außerhalb der Klinik.

III. Epikrise:

Wegen der zuletzt genannten Gründe war die Geburtsleitung auch in vorliegendem Fall leider gezwungen, von der Sectio Abstand zu nehmen und daher abzuwarten, obwohl sie von vornherein wußte, daß ein lebendes Kind per vias naturales kaum zu erwarten war vielleicht jedoch durch Anlegen einer Zange. Das im Verhältnis zum Becken große Kind (Gewicht 4160 gr und einer Länge von 55 cm) konnte nicht wieder belebt werden. Es starb unter den Zeichen einer cerebralen Schädigung.

Die Mutter hatte ein komplikationsloses Wochenbett und konnte am 9. Tage bei Wohlbefinden entlassen werden.

Nr. 1186/38. 33 jährige 4. para, 5. gravida. Fall 7

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken I.° mit einer Vera von 9,3 cm n. G. B.
2. Hoher Gradstand.
3. Gefährdung des Kindes (beschleunigte kindliche Herztöne von 168 pro Minute).
4. Verdacht auf großes Kind.

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Die Patientin lehnt die ihr vorgeschlagene Schnittentbindung ab.

III. Epikrise:

Wegen des unter II. angeführten Grundes sah man sich gezwungen, die Geburt mit Hilfe konservativer Maßnahmen zu leiten. Entschluß zur Wendung und Extraktion. Da sich der vorher geäußerte Verdacht auf großes Kind bestätigte, war die Wendung und Extraktion mit größten Schwierigkeiten verbunden, sodaß kein lebendes Kind gewonnen werden konnte. (Wirbelsäulenfraktur, Tentoriumriß).

Der vorliegende Fall ist nach dem oben Gesagten der Geburtsleitung nicht zur Last zu legen, denn die Patientin war es, die nach eindringlicher Rücksprache die Sectio ablehnte.

Nr. 5/39. 28 jährige I. para, I. gravida. Fall 8

I. Sectio wurde aus folgenden Gründen erwogen:

1. Enges Becken II.° mit einer Rö-vera von 8,3 cm, eine p. p. vorgenommene Veramessung ergibt 7,1 cm n. G. B.
2. Gefährdung des Kindes (beschleunigt kindliche Herztöne 160 bis 180 pro Minute).

II. Folgende Gründe sprachen gegen die Ausführung einer Sectio:

1. Vorzeitiger Blasensprung, der $7^1/_2$ Stunden vor der Klinikaufnahme erfolgte.
2. Dreimalige vaginale Untersuchung außerhalb der Klinik.

III. Epikrise:

Aus den unter II. angeführten Gründen hielt die Geburtsleitung die Schnittentbindung für zu gefährlich und wartete daher ab. Daß bereits eine Infektion der Uterushöhle bestand, wurde durch die bald auftretende Temperatursteigerung von 37,9° unter Beweis gestellt. Damit war die konservative Geburtshilfliche Haltung gerechtfertigt. Nach einer 32 stündigen Geburtsdauer wurde ein 2930 gr schweres, 52 cm langes, asphyktisches Kind geboren, das nicht wieder belebt werden konnte.

Mit dieser geburtshilflichen Einstellung konnte das Leben der Mutter erhalten werden unter Preisgabe des Kindes, das wahr-

scheinlich durch einen Kaiserschnitt hätte gerettet werden können, der die Mutter aber in seinem postoperativen Verlaufe mit großer Wahrscheinlichkeit schwerstens gefährdet hätte. So verlief das Wochenbett ohne Komplikationen, die Entlassung erfolgte am 9. Tage bei Wohlbefinden. Durch die erfolgten vaginalen Untersuchungen außerhalb der Klinik war die Möglichkeit, operativ zu entbinden von vorneherein genommen und das Leben des Kindes in Frage gestellt.

B II, 2

9 mit Perforation ungünstig für das Kind ausgegangene Fälle.

a) Auszüge aus den Krankengeschichten.

Fall 1. Nr. 45/1936. 43 jährige V. para, V. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Alle bisher geborenen Kinder leben, drei Geburten verliefen spontan, 1 wurde durch Forceps beendet.

Jetzige Geburt: Aufnahme in die Klinik am 17. 1. 36 mit guten Wehen, 34 Stunden nach Blasensprung, 18 Stunden nach Wehenbeginn. Befund: Rechte Schädellage, Kopf fest im Beckeneingang, MM. zweimarkstückgroß, Blase gesprungen. Kindliche Herztöne bei der Aufnahme 144. Wegen Verdachtes auf enges Becken stärkeren Grades Röntgenaufnahme: Vordere Scheitelbeineinstellung bei einer Rö-vera von 8,2 cm. Nachdem die Blase 34 Std. vor der Aufnahme gesprungen war, die Frau außerhalb dreimal vaginal von der Hebamme untersucht worden war, und bei der Aufnahme bereits eine Temperatursteigerung auf 38,8 bestand, mußte eine Sectio abgelehnt und somit abgewartet werden, obwohl das Kind stark gefährdet war (Abgang übelriechenden Mekoniumhaltigen Fruchtwassers, hohe kindliche Herztöne, 168, 176, 188). Am 18. 1. 16,47 Uhr können keine Herztöne mehr gehört werden. Kind intra partum abgestorben. Daher wird die Perforation ausgeführt und das tote Kind nach einer Geburtsdauer von 53 Stunden 59 Minuten mittels Kopfschwartenzange und Belastung gewonnen. Gewicht: 3000 gr, Länge 54 cm. Eine post partum ausgeführte Veramessung n. G. B. ergibt 7,7 cm.

Fall 2. Nr. 153/36. 34 jährige I. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Patientin hatte 1937 einen Abort im dritten Monat.

Jetzige Geburt: 34 jährige I. para (alte I. para) kommt am 20. 2. 36 um 24 Uhr, 4 Stunden nach Wehenbeginn, mit mäßiger Wehen-

tätigkeit zur Klinik. Befund: Linke Schädellage, 11 Tage p. term., Kind lebt, MM. einmarkstückgroß, Leitstelle in der Interspinallinie. Am 21. 2. um 14,35 Uhr Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser. 16 Uhr unregelmäßige kindliche Herztöne, die plötzlich auf 80 bis 88 absinken. Beschluß zum Forceps. Die vaginale Untersuchung ergibt, daß es sich um eine RHHL. handelt. MM. handtellergroß, Leitstelle in der Interspinallinie, jedoch ist der funktionierende Umfang noch nicht ins Becken getreten. Der Kopf läßt sich bequem ins Becken schieben. Beschluß: Forceps unmöglich. Erst, wenn der Kopf tiefer getreten ist, Beendigung durch Zange, bei Absterben des Kindes Perforation. Die kindlichen Herztöne erholen sich auf Cardiazol. Da nach weiteren 7 Stunden der Befund unverändert ist, Rö-Veramessung: 9,4 cm. Die Rö-Übersichtsaufnahme ergibt: RHHL. im schrägen Durchmesser. Bei schlechter Wehentätigkeit sind am 22. 2. 36 6,20 Uhr keine kindlichen Herztöne mehr zu hören. Aus diesem Grunde wird Perforation angeschlossen und durch Zug an der Kopfschwartenzange mit Belastung das tote Kind um 16,42 Uhr nach einer 44 stündigen Geburtsdauer gewonnen. Die Nabelschnur war einmal fest um den Hals geschlungen. Größe des Kindes: 55 cm, Gewicht: 3450 gr. Eine p. p. ausgeführte conj. Vera-Messung ergibt 8,4 cm. Mit dem Mann der Patientin und der Patientin selbst wird für den nächsten Partus eine Sectio vereinbart.

Fall 3. Nr. 789/36. 29 jährige V. para, V. gravida.
Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: Zweimal Totgeburten (Forceps, Extraction); zweimal Sectio. Die durch Kaiserschnitt gewonnenen Kinder leben.
Jetzige Geburt: Kreißsaalaufnahme am 25. 9. 36 um 5,10 Uhr Blase vor $3^3/_4$ Stunden gesprungen. Wehenbeginn um 2 Uhr. Diagnose: Linke, vollkommene Fußlage, der vordere Fuß in der Vulva sichtbar, MM. handtellergroß, enges Becken II.° mit einer vera von 8,5 cm n. G. B. Wegen der Anamnese (2 Totgeburten, 2 sectiones nach Dörfler, enges Becken II.°), wird der Patientin eine Sectio vorgeschlagen, die von ihr abgelehnt wird. Bei guter Wehentätigkeit wird um 6,10 Uhr das Kind bis zum Nabel geboren. Um 6,18 Uhr unter Anlegung einer seitlichen Episiotomie Beginn der Extraktion, klassische Armlösung, die wegen der engen Scheide und des engen Beckens nur mit Schwierigkeiten gelingt. Der Kopf tritt nicht in's Becken ein, weder mit Hilfe des Martin-Wiegand-Winkelschen Handgriffes noch mit Hilfe der Walcherschen Hängelage. Zunächst wird versucht, den nachfolgenden Kopf zu perforieren, was unter großen Schwierigkeiten gelingt. Geburtsgewicht 3750 gr; die Geburtsdauer betrug 5 Stunden 12 Minuten. Gesamtblutverlust 300 gr.

Fall 4. Nr. 929/36. 28 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben: I. Partus erfolgte 1935 mittels Forceps nach 79 stündiger Dauer. Kind nach 8 Stunden†. Geburtsgewicht 3600 gr.

Jetzige Geburt: 28 jährige II. para kommt am 11. 11. 36 mit guten Wehen und gesprungener Blase (11 Stunden vor Klinikaufnahme) zur Kreißsaalaufnahme. Patientin gibt an, von der Hebamme einmal vor und einmal nach dem Blasensprung und einmal vom Arzt nach Blasensprung vaginal untersucht worden zu sein. Kopf steht über dem Becken, beweglich, springt stark über die Symphyse vor. RR 155/90, Urin: Albumen ++, Temp. 37,3°. 2 Stunden nach der Aufnahme klagt Patientin über Kopfschmerzen. Dagegen 1 ccm Dilaudid. Da die kindlichen Herztöne auf 100, 104, 108 absinken, wird eine Sectio in Erwägung gezogen, zumal noch der Verdacht auf enges Becken besteht und das 1. Kind gestorben ist. Die Sectio muß jedoch abgelehnt werden, da die Patientin außerhalb 3 mal vaginal untersucht worden war. Bei erneuter Schwankung der kindlichen Herztöne wird die Ausführung einer Wendung erwogen. Der Versuch mißlang, da das Kind infolge frühzeitigen Blasensprungs und wegen der Verkrampfung des unteren Uterinsegmentes unbeweglich geworden war. Zur Verstärkung der Wehentätigkeit und zur Beschleunigung der Geburt wird die Kopfschwartenzange am kindlichen Kopf angelegt, kein wesentlicher Fortgang der Geburt, da das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken zu groß ist. Die kindlichen Herztöne sind sehr stark beschleunigt. Danach nicht mehr zu hören. Das Kind stirbt ab, ohne daß zuvor die Möglichkeit einer Zange gegeben gewesen wäre. Inzwischen ist auch die Temperatur auf 38,7° gestiegen. Perforation des toten Kindes. Geburtsgewicht 3700 gr, Länge 52 cm. Eine p.-part. angeschlossene Veramessung ergibt 8,4 cm n. G. B. Atonische Nachblutung, manuelle Placentarlösung. Gesamtblutverlust 1300 gr.

Fall 5. Nr. 450/36. 25 jährige I. para, I. gravida.

Aus der Anamnese ist nichts besonderes zu erwähnen.

Jetzige Geburt: 25 jährige I. para wird am 26. 5. 36 vom Arzt etwa 4 Wochen ante termin. wegen engen Beckens der Klinik überwiesen. Die Blase sprang 44 Stunden vor der Klinikaufnahme. Patientin wurde außerhalb dreimal vaginal untersucht. Befund: Rechte Schädellage, Kind lebt, Kopf steht im Beckeneingang, MM. einmarkstückgroß. Es bestehen leichte Wehen. Die kindlichen Herztöne betragen 140 pro Minute. Wegen Verdachts auf enges Becken Rö.-Aufnahme, die eine Rö-vera von 7,7—7,8 ergibt, außerdem wird röntgenologisch festgestellt, daß ein hoher

Querstand besteht und der kindliche Kopf eine starke Konfiguration zeigt. Trotz der genannten Geburtsschwierigkeiten wird die Schnittentbindung wegen der großen Gefahr einer ascendierenden Infektion infolge des lange bestehenden Blasensprunges und der vaginalen Untersuchung abgelehnt. Die Geburtsleitung sieht sich daher gezwungen abzuwarten. Die kindlichen Herztöne können nach vorübergehender Beschleunigung nicht mehr gehört werden. Aus diesem Grunde wird das tote Kind perforiert. Eine p. p. ausgeführte Vera-Messung n. G. B. ergibt eine conj. vera von 7,2 cm und damit ein enges Becken III.°. Das Kind hat ein Geburtsgewicht von 3320 gr, Länge 50/51 cm.

Fall 6. Nr. 1011/37. 27jährige I. para, I. gravida.

Jetzige Geburt: Patientin kommt am 12. 12. 37 um 22,40 Uhr mit gesprungener Blase und leichten Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Angeblich ist vor 8 Tagen die Blase gesprungen und die Patientin einmal vaginal vom Arzt untersucht worden. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Enges Becken II.°. Rectalbefund: MM. fünfzigfpennigstückgroß, Kopf eben erreichbar. Am 13. 12. 1 Uhr bis 6 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne beträchtlich, (160, 104) erholten sich aber auf mehrmalige Cardiazolgaben. Es wird dauernd Mekoniumabgang beobachtet bei guter Wehentätigkeit. Eine Besprechung mit dem Ehemann der Patientin ergibt, daß die Sectio abgelehnt wird. Um 10,45 Uhr sind keine kindlichen Herztöne mehr zu hören. Daher Perforation des toten Kindes. Anhängen der Kopfschwartenzange mit Belastung. Inzwischen ist auch die Temperatur auf 38,8° gestiegen. Nach einer Geburtsdauer von 26½ Stunden kann das tote Kind gewonnen werden. Die Nabelschnur ist zweimal fest um den Hals geschlungen. Gesamtblutverlust 600 gr.

Fall 7. Nr. 1014/37. 29jährige II. para, II. gravida.

1. Partus 1934 Frühgeburt 6. –7. Monat, spontaner Geburtsverlauf. Kind 1300 gr. schwer, lebt. Patientin kommt am 14. 12. 37 12,20 Uhr zur Aufnahme. Wehenbeginn am 12. 12. 37 um 6,30 Uhr. Blasensprung am 13. 12. 37 um 14,30 Uhr. Gute Wehentätigkeit. Rectalbefund: Muttermund 2-markstückgroß, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, stark vorspringendes Promontorium. Veramessung nach G. B. 7,5 cm, enges Becken III.°. Da der Blasensprung 24 Stunden zurückliegt und die Temp. auf 38,0° gestiegen ist und die Patientin außerhalb 5 mal vaginal untersucht wurde, muß die Schnittentbindung abgelehnt und der Beschluß zum Abwarten gefaßt werden, bis das Kind abstirbt, um dann eine Perforation auszuführen. Daß der sehr große und deutlich vor-

springende, nach rechts abgewichene Kopf in's Becken eintritt, ist ganz unwahrscheinlich. Da Verdacht auf eine Deflexionslage besteht, wird eine Rö.-Aufnahme mit folgendem Ergebnis gemacht: Nach rechts abgewichene linke HHL. Die kindlichen Herztöne schwanken zwischen 160 und 200. Wehentätigkeit sehr kräftig und außerordentlich schmerzhaft. Kein Kontraktionsring oder sonstige Zeichen drohender Uterusruptur. Es wird dauernder Abgang von stinkendem, erbsgelbem Fruchtwasser beobachtet. Die Wehen werden häufiger und noch kräftiger. Die Wehenpausen dauern nur eine Minute. Zum Teil geht eine Wehe pausenlos in die andere über. Der Urin ist bluthaltig. Temp. 39,1°. MM. bis auf einen Saum erweitert. Die sehr starke Kopfgeschwulst reicht bis etwa $1^1/_2$ Querfinger über die Interspinallinie, der knöcherne Schädel ist ins Becken eingetreten. Zur Vermeidung schwerer Schädigung der Mutter (Blase, Uterusruptur, Fieber) wird die Perforation des lebenden Kindes beschlossen, die sofort in Äthernarkose ausgeführt wird, Basiotrypsie. Die Geburt wurde nach 74 Stunden, 28 Minuten damit beendet. Gesamtsanguis 300 gr.

Fall 8. Nr. 477/38. 31 jährige II. para, II. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes zu erwähnen: Das erste Kind (1933) wurde nach 104 stündiger Geburtsdauer perforiert und hatte ein Geburtsgewicht von 3400 gr. Jetzige Geburt: Patientin kommt am 10. 5. 38 12,30 Uhr mit mäßigen Wehen zur Kreißsaalaufnahme. Diagnose: Linke Schädellage, Kind lebt. Übertragung von 23 Tagen (?). Befund: MM. für eine Fingerkuppe eingängig, Blase steht, Kopf fest auf dem Beckeneingang. Um 21,50 Uhr Blasensprung, Abgang von braunem Fruchtwasser, kindliche Herztöne gut. Am 11. 5. 38 um 3,26 Uhr schwanken die kindlichen Herztöne (160, 128, 106) pro Minute. Um 3,30 Uhr Abfall auf 80. Da um 3,40 Uhr keine Herztöne mehr gehört werden, wird eine vaginale Untersuchung vorgenommen. Kopf steht mit seiner Leitstelle einen Querfinger über der Interspinallinie. Pfeilnaht verläuft quer. Beschluß: Bei mit Sicherheit abgestorbenem Kinde soll Perforation ausgeführt werden. Um 4,55 Uhr wird das Kind perforiert. Durch Zug an der Kopfschwartenzange kann die Geburt um 0,12 Uhr beendet werden. Geburtsgewicht 4120 gr, Länge 57 cm. Eine p. p. ausgeführte Veramessung n. G. B. ergibt 9,7 cm (Enges Becken I.°) Gesamtsanguis 980 gr, Geburtsdauer 39 Stunden 35 Minuten.

Da kein offenbares Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken bestand und zudem noch eine leichte fieberhafte Bronchitis diagnostiziert wurde, entschloß sich die Geburtsleitung trotz der Anamnese eines toten Kindes und bestehenden

engen Beckens, trotz Gefährdung des Kindes die Spontangeburt abzuwarten. Bei kleinhandtellergroßem MM. wurden plötzlich die kindlichen Herztöne schlecht. Da der Kopf aber noch zu hoch im Becken und der MM. noch nicht völlig erweitert war, war ohne ernstliche Gefahr für die Mutter eine sofortige Entbindung nicht möglich und ein Kaiserschnitt wegen der Bronchitis und des lange zurückliegenden Blasensprunges kontraindiziert. Die Geburtsleitung sah sich daher gezwungen, das Kind absterben zu lassen, um es dann zu perforieren.

Fall 9. Nr. 925/1938. 35jährige V. para, V. gravida.

Aus der Anamnese ist folgendes hervorzuheben. Alle bisherigen vier Geburte verliefen spontan, alle vier Kinder leben.

Jetzige Geburt: Patientin wurde am 29. 9. 38, 16,15 Uhr vom Arzt eingewiesen. Die Blase ist seit über vier Stunden gesprungen und es ist seit dieser Zeit Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser beobachtet worden. Patientin wurde außerhalb zweimal vaginal untersucht. Die Einweisung erfolgte wegen der ungeklärten Geburtsverzögerung trotz guter Wehentätigkeit seit 13 Stunden, wo doch die bisherigen Geburten spontan und in verhältnismäßig kurzer Zeit zu Ende gingen. Aufnahmebefund: Linke Schädellage, Kopf beweglich über Beckeneingang, Blase gesprungen. Mekoniumabgang, beschleunigte kindliche Herztöne von 172 pro Minute. MM. ist etwa fünfmarkstückgroß. Wegen der Gefährdung des Kindes wird eine Schnittentbindung in Erwägung gezogen, die von der Frau abgelehnt wird, und auch von der Geburtsleitung wegen der vorausgegangenen vaginalen Untersuchungen als bedenklich und gefährlich angesehen wurde. Eine Röntgenübersichtsaufnahme bringt keine Klärung für die Geburtsverzögerung. Auf Cardiazol erholen sich die Herztöne etwas, bewegen sich aber immer um 160 herum, um dann um 18,10 Uhr stark zu schwanken. Ab 18,20 Uhr sinken die kindlichen Herztöne auf 80 ab und um 18,30 Uhr werden sie nicht mehr gehört. Der MM. ist bei der rectalen Untersuchung fünfmarkstückgroß. Vaginale Untersuchung: MM. für $2^1/_2$ Querfinger durchgängig, vor dem auf dem Beckeneingang aufgepreßten Kopfe spannt sich über den inneren MM. eine derbe Haut, die in der Mitte eine für einen Finger durchgängige Lücke hat. Unter Anwendung geringer Gewalt gelingt es, diese zu vergrößern. Beim Wegschieben des Kopfes rutscht eine Nabelschnurschlinge herunter. In der Nähe des Eihautrisses waren federkieldicke Stränge zu tasten, die als aberrierende Gefäße angesprochen werden. Perforation des toten Kindes. Kopfschwartenzange mit Belastung. Geburt des Kindes 8,34 Uhr, Gewicht 3640 gr, Länge 54 cm.

Die Vermutung, daß es sich um eine Insertio velamenztosa mit quer über den MM. verlaufenden Gefäßen handeln könnte, wurde bestätigt. Der Eihautriß lag zwischen den Nabelschnurgefäßen. Gesamtblutverlust 1110 gr. Infolge atonischer Nachblutung, manuelle Placentarlösung.

B II 2

b) *Kritische Besprechung.*

Von den 9 aufgeführten Perforationen der intra partum abgestorbener Kinder mußten 5 ausgeführt werden, nachdem durch außerhalb der Klinik erfolgte vaginale Untersuchung Temperatursteigerung hervorgerufen war. Bei allen 9 Fällen war die Blase vorzeitig gesprungen, bei den noch überbleibenden 4 erfolgte 2 mal die Ablehnung der Sectio durch die Patientin bezw. ihren Ehemann, zweimal durch die Klinik, davon einmal wegen fieberhafter Bronchitis und das anderemal wegen mißlungenen Zangenversuches außerhalb. So gaben diese neun Fälle eine eindeutige Gegenindikation zur Ausführung einer Sectio. Es starb keine Frau, und die Wochenbettverläufe waren komplikationslos. Sicher wäre unter diesen Vorbedingungen durch eine Schnittentbindung und ihre post operativen Folgen die eine oder andere Frau noch gestorben, während die Kinder mit großer Wahrscheinlichkeit jedoch zu einem beträchtlichem Teil am Leben geblieben wären. Es wurden somit die Kinder im Interesse der Mutter geopfert, nachdem zuvor alles versucht wurde, um auch diese mit konservativen Hilfsmaßnahmen zu retten.

C) Zusammenfassung.

Es wurden also in dem Zeitraum vom 1. 1. 1935 bis 28. 2. 1939 58 geburtshilfliche Fälle gefunden, in denen eine Sectio um der Kinder willen indiziert war, aber nicht gemacht wurde, weil entweder die Klinik oder die Mutter oder beide sie ablehnten; einmal verhinderte die Spontangeburt die schon geplante Sectio. Außer acht blieben Eklampsie und Placenta praevia. Es handelt sich demnach nur um Fälle, wie schon eingangs hervorgehoben wurde, von engem Becken und Gefährdung des Kindes.

Um Vergleichmöglichkeiten zu schaffen, wurden aus dem gleichen Zeitraum hundert Fälle von Sectio zusammengestellt mit Ausnahme der Fälle, die wegen Eklampsie, Placenta praevia operiert wurden oder wohl wegen engen Beckens ausgeführt waren, aber keinerlei Angabe über die Vera-Verkürzung enthielten. Von den Todesfällen nach Sectio kann man einen nicht dem Eingriff zur Last legen. Es handelt sich, wie erst der path. anat. Befund

ergab, um eine sog. Lebereklampsie, die keine klin. Erscheinungen gemacht hatte. Als Indikation zur Sectio diente die festgestellte Gefährdung des Kindes (Weidemann). Dieser genannte Fall bleibt unberücksichtigt. Demnach hat Tabelle 1 folgendes Ergebnis:

Tabelle 1.

	Zahl	Mütter +		Kinder +	
Sectio	100	12	12%	1	1%
Abgelehnte Sectio	58	0	0%	17	29,3%

Die tabellarische Aufstellung ergibt also:
12 tote Mütter bei hundert ausgeführten Kaiserschnitten,
1 totes Kind.

Von den 58 abgelehnten Kaiserschnitten starb keine Mutter, und 47 Kinder konnten gerettet werden, die primär aufgegeben waren.

Zu den 12 mütterlichen Todesfällen bei den Kaiserschnitten ist folgendes zu sagen:
3 starben an Broncho-Pneumonie, Kreislauf- und Herzinsuffizienz.
3 an Peritonitis und sekundärem Herzversagen.
2 an Endometritis und sekundärem Herzversagen.
2 an toxischen Schädigungen, Kreislauf- und Herzinsuffizienz.
1 an Antonie und sekundärer Anämie.
1 an Luftembolie (?)

Bei dem *einen* kindlichen Todesfall nach Sectio handelt es sich um eine Asphyxie so schweren Grades, daß das Kind nicht wieder belebt werden konnte.

Über die 58 Fälle, bei denen die indizierte Sectio *abgelehnt* wurde, gibt Tabelle 2 ein eindeutiges Bild:

Tabelle 2.

	1.	2	3	4.	5.
	Zahl	Mütter +	Kinder + p. part.	Kinder i. part. + u. perforiert	(3+4)
Sectio	100	12	1	—	—
Abgelehnte Sectio i. v. d. Klinik	41	0	5	7	12
2. v. d. Mutter	14	0	3	2	5
3. v. d. Mutter u. v. d. Klinik	2	0	0	0	0
Spontanausgang nach beschl. Sectio	1	0	0	0	0

Aus der Gegenüberstellung der beiden Tabellen geht hervor, daß bei insgesamt 58 abgelehnten Kaiserschnitten 41 Kinder (70,7%), die primär verlorengegeben waren, durch konservative geburtshilfliche Maßnahmen gerettet werden konnten; 17 (29,3%) konnten im Interesse der Mutter nicht am Leben gehalten werden.

Alle Mütter bleiben am Leben, während die Vergleichszahl der 100 ausgeführten Kaiserschnitte 12% (gereinigt 7%) mütterliche Mortalität ergibt.

Diese Ergebnisse rechtfertigen in eindeutiger Weise die konservative Haltung der Würzburger Frauenklinik und zeigen, daß das Risiko eines weitgehenden Konservativismus auf jeden Fall geringer ist als das der operativen Einstellung im Hinblick auf die Mütter.

Ein vergleichender Blick in die Literatur der Sectio-Frage zeigt, daß auch andere Geburtshelfer in der neueren Zeit sich dem Konservatismus mehr und mehr nähern.

Gauß sprach 1929 von einer heraufziehenden Kaiserschnittdämmerung. Diese Voraussage hat ihre Verwirklichung bereits heute erfahren. Wenn heute die mütterliche Mortalität bei dem Kaiserschnitt noch 4—6% im Durchschnitt angegeben wird (kindliche mit 2—3%), dann beweist dies, daß sich die Hoffnung Hirschs, der die Sectio stark propagierte, und daß sich auch die Hoffnung Dörflers nicht erfüllt hat, durch seine verbesserte Technik, die Mortalität wesentlich herabzusetzen. Bei unseren 58 Fällen wird jedoch auffallen, daß die Zahl von 9 Perforationen etwas hoch ist, aber eine mehr konservativ eingestellte Klinik wird immer als Ausgleich für die öfter spontan verlaufenden Geburten eine höhere Perforationszahl aufweisen, als eine mehr operativ eingestellte Klinik und zwar auch wieder im Interesse des mütterlichen Lebens. Dabei sei festgestellt, daß auch wir sicher eine geringere kindliche Mortalität aufzuweisen gehabt hätten und gerade bei den perforierten Kindern ein Kaiserschnitt ins Auge gefaßt worden wäre, wenn nicht in mehr als der Hälfte der Fälle außerhalb vaginal untersucht wurde. Die Untersuchung von Koller hat gezeigt, daß die Operationmortalität bei denen im Haus vaginal untersuchten 5 mal und bei denen von auswärts nach vaginaler Untersuchung eingelieferten Frauen 14 mal so hoch ist als bei den nicht vaginal untersuchten.

Auf Grund der Ergebnisse müßte die vaginale Untersuchung außerhalb der Klinik ein für allemal verboten werden, besonders nach Blasensprung. Sztehlo bezeichnet die vaginale Untersuchung nach Blasensprung als Kunstfehler, da die „Reinheit" der Fälle die erste Forderung für die Ausführung einer Sectio ist.

Die Geburtsdauer dehnte sich mitunter bei unseren Fällen bis

über hundert Stunden aus und trotzdem wurde, obwohl noch ein dringender Wunsch nach lebendem Kinde bestand, abgewartet. Es mag dies manchem zu lang erscheinen, aber das Ergebnis liefert den Beweis, daß mit konservativen Mitteln (Wehenanregung, Lagewechsel und dergl.) geholfen werden konnte, daß die Mutter ihr Kind per vias naturales gebar. Es wird oft sehr schwer zu entscheiden sein, ob die Geburtsmöglichkeit per vaginam gegeben ist, denn häufig treten Komplikationen erst im späteren Verlauf der Geburt auf. Das Abwarten stellt an die Hinwendung und das Pflichtgefühl des Geburtshelfers besonders große Anforderungen und verlangt von ihm große Kenntniße, Erfahrung, Umsicht, Urteilskraft, Geduld, also einen Arzt, zu dem die gebärende Frau festes Vertrauen haben kann; denn mehr als einmal glaubte so manche Gebärende bei der Länge der Geburtsdauer, nicht mehr durchhalten zu können. Dann ist es eine nicht immer ganz leichte Aufgabe für Arzt und Hebamme, der Frau Mut zuzusprechen, damit das abflauende Vertrauen zurückgewonnen wird, aber es wird das einem gutem Arzt immer gelingen, einem Arzt der nicht nur den „schwierigen" Fall vor sich sieht, sondern der außerdem der gebärenden Frau menschlich zur Seite steht.

Es war immer wieder erstaunlich, daß gerade nach den so lang andauernden Geburten beim ersten Schrei des Kindes die Mutter die vielen schweren Stunden schlagartig vergessen zu haben schien, während ich dies niemals beobachten konnte bei durch Kaiserschnitt entbundenen Frauen, die selbst nach kürzestem glatten Heilungsverlaufe aus der Klinik entlassen wurden. Selbst nach längerer Zeit wird einem eine „Kaiserschnittfrau", gefragt oder ungefragt, von ihrem Kaiserschnitt mit besonderer Betonung, von subjektiven Beschwerden und davon erzählen, daß sie zunächst keine Kinder mehr haben möchte, im Gegensatz zu den abwartend zu Ende gegangenen. Diese Frauen werden einem auch von ihrer schweren Geburt berichten, aber trotzdem scheint all die Schwere mehr in Vergessenheit geraten zu sein, sodaß ein Kinderwunsch oder zumindest keine so ausgesprochene Abneigung gegen weitere Kinder anzutreffen ist. Diese persönlichen Beobachtungen entsprechen der statistisch faßbaren Einschränkung der Fertilität nach Kaiserschnitt, wie sie die Würzburger Frauenklinik wiederholt als Begründung ihrer konservativen Haltung herausgestellt hat, wie überhaupt die Erfahrungen an den so lehrreichen Fällen eines durch äußere Umstände erzwungenen Abwartens die bevölkerungspolitische Bedeutung dieser Haltung erweisen: bei 58 schweren und schwersten Entbindungen mußten zum großen Teil die Kinder nach menschlichem Ermessen für verloren gelten, auf jeden Fall waren sie stärkstens gefährdet, weil die als Rettung allein in Betracht kommende Sectio nicht gemacht

werden konnte; und doch wurden 41 von ihnen lebend und ohne Schädigung zur Welt gebracht! Kein Todesfall bei den Müttern! Hätte man diese 58 Frauen durch Sectio entbunden unter Beiseitesetzung der Hemmungen, die sich aus dem vorzeitigen Blasensprunge, vorausgegangener vaginaler Untersuchung und anderen Gegenanzeichen ergeben, so wäre ein Prozentsatz an tödlichen Komplikationen zu erwarten gewesen, der den der „reinen" Fälle von 5—7% sicher weit übertroffen hätte. Mit anderen Worten steht dem unvermeidbaren Verlust von 17 Kindern die Rettung von sicher ebensoviel Müttern gegenüber. Und diese sind bereit und auch in der Lage, mit besseren Aussichten einer weiteren Niederkunft entgegenzugehen, die jenen Verlust ausgleicht.

Literatur.

1. *Weibel:* Lehrbuch der Frauenheilkunde, Bd. 1.
2. *Helmut Kraatz:* Der Kaiserschnitt, seine verschied. Methoden und seine heutige Anwendung (M. M. W. 84. Jhg. Nr. 2).
3. *A. Mayer:* Die Bedeutung des rachitischen Beckens für die Geburtshilfe des prakt. Arztes.
4. *Martius:* Das Anwendungsgebiet der abdomin. Schnittentbindung. (Klin. Wochenschr. 3. Jhrg. Nr. 13).
5. *Gauß:* Kaiserschnittdämmerung. (Zentralbl. f. Gynäk. 1929/19).
6. *Gauß:* Sind wir mit der erweiterten Indikation zum Kaiserschnitt auf dem richtigen Wege? (Deutsche Med. Woch. 1929/20).
7. *Gauß:* Wohin steuern wir? (Archiv f. Gynäkol. Bd. 144, Kongr. Bericht).
8. *Martius:* Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken. (Geburtsh. und Frauenheilkunde i. Jhg. Nr. 1).
9. *Weindler:* Mittelalterliche Kaiserschnittminiaturen. (Geburtshilfe und Frauenheilkunde i. Jhg. Nr. 1).
10. *Winter:* Die Indikationen zum abd. Kaiserschnitt 1931.
11. *Körner:* Über Spätfolgen der abd. Schnittentbindung, eine klinische Studie auf Grund v. 133 Kaiserschnitten der Würzburger Frauenklinik aus den Jahren 1907—1923. (Inaug. Diss. 1929).
12. *Zehl:* Bericht über die in den Jahren 1889—1917 in der Univ.-Frauenklinik zu Würzburg ausg. Kaiserschn. (Inaug. Diss. 1929).
13. *H. Müller:* Sind die Erwartungen, die man an die Schnittentbundenen in Bezug auf die mütterliche Sterblichkeit geknüpft hat in Erfüllung gegangen? (Inaug. Diss. 1935).
14. *Krüger:* Untersuchung einer Kaiserschnittnarbe (Inaug. Diss. 1931).
15. *Wollheimer:* Über die Geburtsleitung bei engem Becken 1920 bis 1925. (Inaug. Diss.).

16. *Lehmer:* Bericht über die in der Zeit vom 1. 4. 26 — 31. 12. 29 in der Univ. Frauenklinik zu Würzburg ausgeführten Kaiserschnitte (Inaug. Diss.).

17. *Henrich:* Über die Häufigkeit der Therapie des engen Beckens in der Univ. Frauenklinik zu Würzburg (1925—1928). Inaug. Diss.).

18. *Forchheimer:* Über die Ursachen der langdauernden Geburten und deren Einfluß auf die Prognose von Mutter und Kind (1923—1931).

19. *Schubert:* Therapie und Häufigkeit des engen Beckens an der Univ.-Frauenklinik Würzburg. 1929—1932.

20. *Hohenrein:* Über die Spätfolgen der abd. Schnittentbindung unter bes. Berücksichtigung der Uterusruptur, eine lit. Studie auf Grund des Schrifttums (1910—1931).

21. *Rohrmann:* Bericht über die in der Zeit vom 1. 1. 30 — 31. 12. 36 in der Univ.-Frauenklinik zu Würzburg ausgeführten Kaiserschnitte ohne Eventration (Inaug. Diss).

22. *Weidemann:* Berichte über die in der Zeit vom 1. 1. 30 — 31. 12. 36 in der Univ.-Frauenklinik Würzburg ausgeführten Kaiserschnitte nach der Methode nach Dörfler.

23. *Sztehlo, Stephan:* Kaiserschnitt in der Vergangengeit und in der Gegenwart (M. M. W. 1933, i. S. 337—340).

24. *Hirsch:* Der Weg der operativen Geburtshilfe 1927.

25. *Hirsch:* Die operative Geburtshilfe vor der Frage: vaginal oder abdominal? (Zentralbl. f. Gynäk. Jhg. 51, Nr. 35).

26. *Hirsch:* Der Weg der operativen Geburtshilfe in bevölkerungspolitischer Hinsicht. (Archiv f. Frauenheilkunde und Konstit.-Forschung Bd. 13, S. 201—224, 1927)

27. *Winter:* Die „neue operative Geburtshilfe" nach Hirsch. (Ztr. Gyn. Jhg. 52. Nr. 1. S. 1—10. 1928.

28. *Kraul:* Indikationen zum Kaiserschnitt (Wien, klin. Wschr. 1928/2, S. 1753—1755).

29. *Gordon:* Überblick über die Kaiserschnitte in der Stadtgemeinde Brooklyn-New York. (Amer. J. 16, 307-324, 1928.)

30. *Dörfler:* 30 Jahre Schnittentbindung (M. M. W. 1929/1, 2-6).

31. *Winter:* Die allgemeine Kaiserschnittstatistik von 1928.

32. *Hollingworth:* Der Kaiserschnitt, seine Indikationen und Gegenind. in der modernen Geburtshilfe (Nat. ecl. med. Ars. Quart. 21, 208—211/1930).

33. *Heidler:* Die Kaiserschnittfrage (1932, Zbl. f. Gynäk. 645—655 1387—1402).

34. *Stander:* Die sectio caesarea und ihr Mißbrauch, New York (Amer. J. obstr. 29, 559—562; 1935).

35. *Koller:* 20 Jahre transp. cerv. Kaiserschnitt. (Schw. Med. Wschr. 1936, 1, 44—48).

36. *Wilson:* Der Mißbrauch der Schnittentbindung (Amer. J. Surg, N. S. 35, 459—463, 1937).

37. *Heinlein:* Joh. Lukas Boer, der Begr. der natürl. Geburtshilfe (Diss. 1935).

38. *Halban-Seitz:* Hdb. der Frauenheilk. und Geburtsh. Bd. 8, S. 31049.

Lebenslauf.

Als Sohn des Lehrers O. Lesche und seiner Ehefrau Frida, geb. Flemming wurde ich am 26. 10. 1913 in Wimmelburg bei Eisleben geboren. In Naumburg a. d. Saale besuchte ich das Domgymnasium, an dem ich 1933 das Abitur bestand. Danach widmete ich mich dem Medizinstudium beginnend in Königsberg/Pr., wo ich nach 5 Semestern mein Physikum machte; danach studierte ich je ein Semester in Halle/S. und Kiel, um schließlich nach weiteren 4 Semestern mein Staatsexamen in Würzburg zu bestehen. Im Anschluß daran war ich 5 Monate an der Univ.-Frauenklinik in Würzburg als M. P. tätig, danach 5 Monate am städt. Krankenhause St. Georg in Leipzig. Seitdem vertrete ich nun in einer Landpraxis in Diemitz b. Halle.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich es nicht versäumen, Herrn Professor Dr. *Gauß* für die Überlassung des Themas und Herrn Oberarzt Dr. *Brammer*, da er mir jederzeit hilfsbereit seinen Rat zuteil werden ließ, herzlichst zu danken.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Hierdurch versichere ich, daß ich zur Abfassung keinerlei fremde Hilfe in Anspruch genommen habe als die angegebene und selbständig die Arbeit verfaßt habe.